

Sabine Walther

Die Beachtung des Genderaspektes in der Klinischen Sozialarbeit  
bei psychosozialen Unterstützungswünschen und Angeboten  
im Umgang mit onkologischen Patienten

## **Bachelorarbeit**

HOCHSCHULE MITTWEIDA (FH)

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2011

Sabine Walther

Die Beachtung des Genderaspektes in der Klinischen Sozialarbeit  
bei psychosozialen Unterstützungswünschen und Angeboten  
im Umgang mit onkologischen Patienten

## **Bachelorarbeit**

HOCHSCHULE MITTWEIDA (FH)

---

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2011

Erstprüfer: Frau Prof. Dr. Wedler

Zweitprüfer: Frau Prof. Dr. Niedermeier

## **Bibliographische Beschreibung**

Sabine Walther

Die Beachtung des Genderaspektes in der Klinischen Sozialarbeit bei psychosozialen Unterstützungswünschen und Angeboten im Umgang mit onkologischen Patienten

40 Seiten

Roßwein, Hochschule Mittweida/ Roßwein (FH)  
Fakultät Soziale Arbeit

Bachelorarbeit, 2011

## **Referat**

Die Bachelorarbeit setzt sich mit dem psychosozialen Betreuungsbedarf von Krebspatienten auseinander. Sie geht der Frage nach, welche psycho-onkologischen Handlungsansätze zur Begleitung von onkologischen Patienten notwendig sind. Ob dabei zwischen den Geschlechtern unterschieden werden muss, um professionelle psycho-onkologische Unterstützung anbieten zu können. Dabei lehnt sich diese Arbeit an die Handlungsfelder der Klinischen Sozialarbeit an. Sie beruht auf einer intensiven Literaturrecherche unter Einbeziehung von diversen neueren Studien der Medizinischen Psychologie und Soziologie als auch der Psychosozialen Onkologie. Onkologische Patienten weisen klinisch relevante Symptome auf und haben praktische und soziale Probleme. Es wird dabei die psycho-soziale Onkologie als Unterstützungssystem für die Klinische Sozialarbeit dargestellt. Das Ergebnis der Untersuchung soll zur Perspektiven-erweiterung im Versorgungsprozess und in der Behandlung und Unterstützung von Menschen mit der Diagnose Krebs anregen.

## **Inhaltsverzeichnis**

### **Bibliografische Beschreibung und Referat**

#### **Inhaltsverzeichnis**

#### **Abkürzungsverzeichnis**

#### **Fremdwörterverzeichnis**

<b>1. Einführung.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Die Klinische Sozialarbeit – eine Vorbetrachtung.....</b>	<b>2</b>
2.1. Der Gegenstand der Klinischen Sozialarbeit.....	6
2.2. Psychoonkologie – exemplarisch für Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	8
2.3. Psychosoziale Perspektive im onkologischen Bereich.....	10
<b>3. Das Modell der Salutogenese und Krankheitsbewältigung.....</b>	<b>14</b>
3.1. Psychosoziale Belastungen von Menschen mit der Diagnose Krebs.....	17
3.2. Das Coping – Modell.....	21
3.3. Formen der Krankheitsbewältigung.....	24
<b>4. Die Geschlechtsspezifische Bedeutung für Krankheitsverarbeitung.....</b>	<b>25</b>
4.1. Das Bewältigungsverhalten Frau.....	29
4.2. Das Bewältigungsverhalten Mann.....	33
4.3. Exkurs – Partnerin als Unterstützer.....	38
<b>5. Zusammenfassung.....</b>	<b>40</b>

#### **Anhang**

Hornheider Fragebogen

#### **Literaturverzeichnis**

#### **Erklärung**

## **Abkürzungsverzeichnis**

DGSA	Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit
DMW	Deutsche Medizinische Wochenschrift
PSO	Psychosoziale Onkologie (wissenschaftliche Arbeitsgemeinschaft in der Deutschen Krebsgesellschaft)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

## **Fremdwörterverzeichnis**

Rezidiv:	Rückfall
Progress:	Fortschreiten
Remission:	Rückgang von Krankheitserscheinungen ohne vollständige Normalisierung aller Parameter
Fatigue:	chronisches Müdigkeitssyndrom
Komorbidität:	Begleiterkrankung zusätzlich zu einer Grunderkrankung

Hiermit möchte ich anfangs festlegen, dass ich in meiner Arbeit nur die männlich Form nutze, damit aber immer auch die weibliche Person angesprochen ist. Wenn nötig, weil es nur die weibliche Gruppe betrifft, werde ich dann explizit auch die weibliche Form nutzen.

In Bezug auf die Klinischen Sozialarbeit wird in der hiesigen Literatur oft von Klienten gesprochen. Da sich meine Arbeit im Kontext eines Akutkrankenhauses bewegt, verwende ich das Synonym Patient.

## 1. Einführung

*„Die Notlage, in die der Mensch durch die Diagnose „Krebs“ gerät, lässt sich schwerlich mit irgendwas vergleichen, das einem zivilisierten Menschen sonst zustoßen kann. Die Ängste, die sie auslösen, sind manchmal nur dadurch zu überstehen, das man keine andere Wahl hat, als sie auf sich zu nehmen oder aufzugeben.“*

Liselotte Bappert (ebd. 1979)

In der vorliegenden Arbeit soll der Frage nachgegangen werden, ob onkologisch erkrankte Frauen und Männer durch die Klinische Sozialarbeit unterschiedlich begleitet und beraten werden sollten.

Als junger und gleichberechtigter Zweig, den die Klinische Sozialarbeit, in der Behandlung darstellt, bildet sie den Rahmen für psychosoziale Betrachtungen und Handlungen für Onkologiepatienten.

Krankheitsbewältigung aber auch der Erhalt der Handlungsfähigkeit rücken für den Betroffenen durch die maligne Diagnosestellung an erste Stelle. Die patienteneigenen Unterstützungssysteme und die der Gesellschaft sind gefordert.

Einen weiteren Schwerpunkt dieser Arbeit stellt die plötzliche Gesundheitsveränderung, mit der Diagnose Krebs, im Leben des Betroffenen, dessen weiterer Gestaltung und welche Funktion der Klinische Sozialarbeit, in der multiprofessionellen Zusammenarbeit zukommt, dar.

Die Arbeit basiert auf einer intensiven Literaturrecherche, welche sich zur Problemstellung konkret mit Genderspezifika aber auch dem Konzept der Salutogenese und der Bewältigung von kritischen Lebensereignissen auseinandersetzt.

Dabei spannt sie einen Bogen zu Handlungsansätzen der Klinischen Sozialarbeit.

## **2. Die Klinische Sozialarbeit – eine Vorbetrachtung**

Historisch betrachtet wirkt die Soziale Arbeit schon immer in den Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens (vgl. Sting/ Zurhorst 2000, S. 7f).

Mit der Entwicklung der klinisch orientierten Fachsozialarbeit Ende der 60er und Anfang der 70er Jahre wurde es möglich, eine Einordnung der Arbeitsgebiete in den größten klinischen Fachgebieten zu treffen. Allein die fachliche Differenzierung, vor dem Hintergrund ihrer allgemeinen wissenschaftlichen Disziplin, lässt eine speziell berufliche Kompetenz erkennbar werden.

Der Begriff Klinische Sozialarbeit wurde aus den Sozialwissenschaften der USA übernommen und ist da seit den siebziger Jahren etabliert.

Dagegen ist der Begriff der Klinischen Sozialarbeit in Deutschland nur in Fachkreisen bekannt und dessen Gegenstandbestimmung nicht eindeutig geklärt. Die ehemalige „Arbeitsgruppe Gesundheit“, heute „Sektion Klinische Sozialarbeit“, der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS) konstatierte im Jahr 2000 erstmals eine vorausgehende Gegenstandbestimmung für diese (vgl. Pauls 2004, S.13).

Auch in Deutschland gewann die Debatte und der Diskurs um die Klinische Sozialarbeit in den letzten Jahren an Schwung. Einerseits gibt es Protagonisten, welche die Klinische Sozialarbeit in Deutschland forcieren. Andererseits stehen dem kritische Fachkollegen gegenüber, welche diese Spezialisierung sehr differenziert sehen. Schon die adjektivische Bezeichnung „klinisch“ führte dabei zu Meinungsverschiedenheiten, welche es auszuräumen galt. „Klinisch“ zielt auf das in Deutschland übliche Wort Klinik für Krankenhaus und weist letztendlich auf die institutionelle Verknüpfung der sozialen Arbeit an den Standort hin. Der Begriff geht aber weit über das Krankenhaus hinaus.

Das Wort „klinisch“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet: „behandeln“. Somit zielt „klinisch“ auf Heilung und Therapie. Die Bedeutung und Verwendung des Begriffes „Behandeln“ ist in Deutschland brisant. Da er einmal rechtlich im Sinne der Heilkunde aber auch offen und unspezifisch seine Verwendung findet.

Aus Sicht der Professionalisierungsdebatte und berufspolitischen Ausgerichtetheit schließe ich mich den Protagonisten der Fachsozialarbeit an, weil die gesellschaftlichen Veränderungen, psychische und soziale Anforderungen und Problemlagen einer professionellen Hilfe in Lebenssituationen und sozialem Wandel bedarf.

Die „Allzuständigkeit“ der Klinischen Sozialarbeit führt nach wie vor zu Identitätsproblemen und Widersprüchlichkeiten in ihren Aufgabengebieten. Trotz der bereits erfolgten Definierung von Klinischer Sozialarbeit bedarf es einer eindeutigen Selbstidentifizierung, um dies überwinden zu können. Lösbar könnte dieses Problem durch eine fachspezifische Ausbildung sein und der damit verbundenen „Schärfung des fachlichen Profils“ (vgl. Bienz/ Reinmann 2004, S. 55).

Erfolgt im Gesundheitswesen eine Nichtdefinierung von „sozial“, werden Menschen in sozialer Not lediglich auf medizinische Behandlungsangebote zurückgeworfen. Nicht nur, dass dies ökonomisch unsinnig ist. Es stellt eindeutig eine sachliche und ethische Fehlhandlung dar. Ein Krankenhaus ist ganz klar als soziale Einrichtung zu definieren. Bei der Behandlung von kranken Menschen ist dies ein Qualitätsmerkmal.

Ziel der Klinischen Sozialarbeit ist es darum, ärztliche und pflegerische Versorgung bei der Behandlung zu unterstützen und dabei die sozialen Blickwinkel zu erfassen.

Dabei befindet sie sich ständig auf einer Gratwanderung zwischen ihrem Beitrag zur Verkürzung der Liegezeiten und dem Anspruch an ihren eigenen Berufsethos. Gödecker- Geenen/ Nau/ Weiß sagen dazu aus: „Der Patient wird beispielsweise zukünftig nicht mehr im Krankenhaus verbleiben können, bis ein Rehabilitations- oder Pflegeplatz zur Verfügung steht“ (zit. n. Hoppe 2001). Für Angehörige stellt dies eine enorme Belastung dar, da sie oft in kürzester Zeit poststationäre Versorgung und Nachsorge klären müssen.



Zur Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit als fachliche Spezialisierung in Deutschland gilt es, die vorhandenen Einsatzgebiete neu zu verstehen und aus dem einheitlichen Ansatz der Klinischen Sozialarbeit heraus fachwissenschaftlich und berufspolitisch neu zu profilieren.

Klinische Sozialarbeit kann - bei entsprechender Positionierung – in den präventiven, kurativen und rehabilitativen Feldern der Gesundheitsversorgung wichtige Funktionen übernehmen. Sie kann die biomedizinische und psychosomatische Behandlung um eine soziosomatische Perspektive ergänzen und das biopsychosoziale Model und eine integrative Versorgung Wirklichkeit werden lassen

Pauls definiert Klinische Sozialarbeit als Teildisziplin der Sozialen Arbeit, die sich mit psycho- sozialen Störungen und den sozialen Aspekten psychischer und somatischer Störungen/ Krankheiten und Behinderungen unter Berücksichtigung der Lebenslage der Betroffenen befasst.

Pauls betont ebenfalls: „Ihre spezifischen klinischen Kompetenzen liegen dabei in der Arbeit mit besonderen schwierigen, „hard- to- reach“ Patienten und Klienten, die meist mit chronischen Belastungen und Erkrankungen oder Behinderungen in „Multiproblemsituationen“ leben (ebd. 2004, S. 27).

Die Sektion Klinische Sozialarbeit der Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) grenzt die Fachsozialarbeit wie folgt ab: „Von Klinischer Sozialarbeit wird gesprochen, wenn die Soziale Arbeit in Behandlungskontexten erfolgt und eigene Beratungs- und Behandlungsaufgaben wahrnimmt. Ausgehend von einem bio-psycho-sozialen Grundverständnis von Gesundheit, Störung, Krankheit und Behinderung liegt ihr Fokus auf der psychosozialen Diagnostik, Beratung und Behandlung von Personen im Kontext ihrer Lebenswelt. Ihre Adressaten sind Klienten und Patienten, deren Belastung reduziert und deren Bewältigungsverhalten durch methodisch geleitete Einflussnahme verbessert werden soll.“

„Klinisch“ meint beratende und behandelnde Sozialarbeit. Die Zielgruppen bilden chronisch Erkrankte.

Interventionen der Klinischen Sozialarbeit orientieren sich grundsätzlich an der Gesundheitsförderung von behandelnden Personen im stationären als auch ambulanten Setting durch

- Abwehr oder Beseitigung von Krankheiten als auch
- der Möglichkeit mit einer Krankheit oder Behinderung zu leben.

Zusammenfassend betrachtet Klinische Sozialarbeit die psychosozialen Implikationen von Krankheiten, Behinderungen oder ebenso soziale und materielle Notlagen. Dies führt zu mehrdimensionalen Beratungs- und Behandlungsansätzen welche unterschiedlich klinisch- methodische Kompetenzen erfordern.

Gödecker- Geenen/ Nau/ Weis benennen diesbezüglich folgende:

- Ganzheitlichkeit
- Anwaltsfunktionen
- Eigenständige Fachlichkeit
- Schnittstellenkompetenz
- Prophylaktischer Handlungsansatz
- Außenwirkung für die Institution/ Klinik (zit. n. Weber 1998, S. 13f).

In der Versorgung chronisch kranker Menschen bewährt sich die Klinische Sozialarbeit in zunehmendem Maße. Zu diesen zählen onkologische Erkrankungen. Es ist nicht nur der abrupte Einschnitt in das Leben der Betroffenen. Oft sind jahrelange Kontrollen, Nachsorgen oder Dauermedikamentationen nötig. Auf Grund meines Arbeitsgebietes im onkologischen Bereich einer Station für Strahlentherapie werde ich speziell das onkologische Krankheitsbild eingehen.

Ihre Spezifik in der Methodik und der professionelle Anspruch kann die Klinische Sozialarbeit auf eine Stufe mit den ärztlichen und pflegerischen Handlungen stellen.

## **2.1. Der Gegenstand der Klinischen Sozialarbeit**

Als Gegenstand der Klinischen Sozialarbeit benennt Pauls unter anderem die Themen psycho- soziale Diagnostik/ Assessment, psychosoziale Beratung, Sozialtherapie, aufsuchende soziale Intervention, Betreuung, Case- Management, Prävention und Rehabilitation, gemeindenahe Versorgung (vgl. Pauls 2004, S. 27).

Die Spezifik der Klinischen Sozialarbeit zeigt sich in ihrer Aufgabenstellung. Ansen, Gödecker- Geenen und Nau differenzieren das Aufgabenfeld wie folgt:

„Gegenstand Klinischer Sozialarbeit sind psychosoziale Störungen und körperliche Beeinträchtigungen in ihrem sozialen Zusammenhang, wobei mit der professionellen Kompetenz Sozialer Arbeit auf Heilung, Linderung oder Besserung hingewirkt wird. Entweder setzt Klinische Sozialarbeit im System der Gesundheitsversorgung an, wenn Erkrankungen eine soziale Problematik mit sich bringen, die behandelt werden muss, oder therapeutisches, präventives oder rehabilitatives Handeln in einem sozialen Kontext angebracht, um Gesundheit wieder herzustellen, zu bessern oder zu erhalten“ (2004, S. 18, zit. n. Wendt 2000, S. 4 – 17).

Kurz gefasst kann man die Hauptaufgaben der Klinischen Sozialarbeit beschreiben als Maßnahmen und Interventionen, welche zielgerichtet, therapeutisch und unterstützend sind.

Die Maßnahmen und Interventionen fördern die Funktionsfähigkeit und psychosoziale Gesundheit des Erkrankten, der Familie und der Gruppe in ihrem unmittelbaren Umfeld. Ebenso setzt sich Klinische Sozialarbeit für eine Verbesserung der Gesellschaft und besseren Lebensbedingungen ein.

Neben chronischen Erkrankungen rücken für die Klinische Sozialarbeit ebenso komplikationsreich verlaufende Leiden, welche mit sozialen Konsequenzen verbunden sind, ins Blickfeld. Die Diagnose Krebs kann alle genannten Aspekte (chronisch verlaufend und Komorbidität, Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung) beinhalten.

Die Diagnosestellung bedingt, abgesehen von kurativen Interventionen, ebenso persönliche Hilfen zur Krankheitsbewältigung und wirtschaftliche Kompensationen. Da bei längeren Krankheitsverläufen die soziale Unterstützung oft gefährdet ist, sollte auf deren Sicherung besonders großes Augenmerk gelegt werden. Hier ist immer im Auge zu behalten, dass subjektives Leid möglichenfalls maßgeblich durch soziale Rahmenbedingungen und Hinderungen verursacht wird.

Bienz und Reinmann sagen dazu: „Die Hälfte der von uns befragten SozialarbeiterInnen betonten, dass der Genesungsprozess beschleunigt wird, wenn soziale Stressfaktoren ausgeräumt werden können“ ( ebd., 2004, S. 50)

Die Erkrankung ist für den Patienten immer eine gelebte Erfahrung und ein subjektives Erleben. Das Kranksein muss nicht einleuchtend mit der objektiven Erkrankung zusammenhängen. Symptome können z.B. psychosomatische Ursachen oder Folge von Komorbidität (Depression) sein.

„Im sozialarbeiterischen Umgang berücksichtigen wir explizit das subjektive Krankheitserleben, das für den Behandlungsverlauf äußerst relevant ist. Die Einsichten der Salutogenese sind in diesem Punkt überzeugend (ebd., S. 14).

Klinische Sozialarbeit fokussiert nach Ansen/ Gödecker- Geenen/ Nau

- die biologischen Aspekte
- subjektive Auswirkungen und
- soziale Auswirkungen

von Krankheiten, auch bei einer Krebserkrankung (vgl., 2004, S. 14).

Alle drei Größen können simultan Ursachen für erschwerende Krankheitsverläufe, z.B. Depression als Komorbidität, Suizidgefahr, in der Behandlung sein. Beschriebene Handlungsansätze unterstützen, spezifisch und unspezifisch, den Erfolg einer medizinischen Therapie.

Eine onkologische Erkrankung kann ebenso chronische Verläufe, also eine nicht heilbare Krankheit, die den Betroffenen ebenfalls in symptomfreien Stadien begleitet, annehmen.

Zu nennen wären hier z. B. die lebenslange Einnahme von Medikamenten oder die körperliche als auch die seelische Behinderungen nach chirurgischen Eingriffen. Diese chronisch erkrankten Patienten erleben einen Bruch ihrer Biografie und müssen sich mit bleibenden Einschränkungen arrangieren. Die damit verbundenen Belastungen fordern zu einem behutsamen Umgang mit jenen Patienten auf. Den Betroffenen ist daher nicht jedes psychosoziale Behandlungsthema zumutbar. Ihnen sollte ausreichend Zeit zugestanden werden, um ihre Krankheit zu verarbeiten.

## **2.2. Psychoonkologie – exemplarisch für Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

Dem Krebskranken, mit seinen spezifischen Belastungen, besonders bei chronischen Verläufen, kann nur in einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit gerecht werden, die von gegenseitiger Wertschätzung der psychotherapeutischen, sozialen und somatischen Helfer geprägt ist. Diesem Helfersystem zugeordnet, ist u. a. die Psychoonkologie.

Bei der Psychosozialen Onkologie oder Psychoonkologie handelt es sich um eine (noch) relativ neue interdisziplinäre Form der Psychotherapie bzw. der klinischen Psychologie. Unter anderem befasst sie sich mit den psychischen und sozialen, einschließlich sozialrechtlichen, Bedingungen, Folgen und Komorbidität einer onkologischen Erkrankung.

Der Begriff Psychoonkologie beschreibt sowohl die Disziplin der Wissenschaft aber auch die Tätigkeit des im klinischen und ambulanten Setting arbeitenden Psychoonkologen.

Definiert wird der Begriff Psychoonkologie durch die Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO) wie folgt: „... wird eine interdisziplinärer orientierter Ansatz zusammengefasst, dessen Ziel es ist, die verschiedenen psychosozialen Aspekte in Entstehung, Behandlung und Verlauf einer Krebserkrankung im Kinder-, Jugend- und Erwachsenenalter wissenschaftlich zu untersuchen und die entsprechenden Erkenntnisse in der

Versorgung und Betreuung der Patienten umzusetzen. ... Die Psychoonkologie steht daher für eine Integration einer psychosomatischen Sichtweise der Krebskrankheit in der Medizin“ (PSO 2010, S. 3).

In der psychosozialen Onkologie sind Leitlinien unverzichtbar. Erwähnt werden an dieser Stelle:

- die Selbstbestimmung der Patienten,
- die Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten und Angehörigen,
- die Integration der psychosozialen Belange in die Behandlung,
- die zentrale Bedeutung vertrauensvoller Arzt- Patient- Beziehungen,
- die Nutzung der sozialen Ressourcen des Patienten und damit die Würdigung des wichtigsten Bezugssystems des Patienten für das Management der Krankheit,
- die Wahrnehmung der existenziellen und spirituellen Dimension der Patienten (Strittmatter 2004, S. 742).

Psychoonkologische Betreuung und Leistungen sind in den heutigen Strukturen eines jeden modernen Akutkrankenhauses nicht mehr wegzudenken. Die direkte Betreuung am Krankenbett stellt einen integrativen Bestandteil und ein wesentliches Qualitätsmerkmal einer stationären Einrichtung dar. Allerdings ist die psychoonkologische Betreuung keinesfalls flächendeckend ausgebaut. Vordergründig findet man die Disziplin der Betreuung nur an großen Kliniken oder Universitätskliniken.

In den Akutkliniken bezieht sich die psychoonkologische Fürsorge auf augenblickliche zu bewältigende Probleme, wie z. B. Diagnoseverarbeitung, Angstreduktion und Förderung der Compliance.

„Die Basis für den psychoonkologischen Ansatz sind die Belange der Patienten und die wissenschaftlich nachgewiesenen Effekte der Interventionen auf die Lebensqualität“ (Strittmatter 2004, S. 741). Dies begründet sich darin, dass onkologische Patienten nicht vordergründig psychisch krank sind.

Im Akutkrankenhaus werden psychoonkologische Betreuungskonzepte sehr unterschiedlich umgesetzt und durch unterschiedliche Berufsgruppen, wie z.B. Psychologen, Sozialpädagogen oder Sozialarbeiter übernommen. Meist handelt es sich allerdings dabei um Liaison- und Konsiliardienste, d.h. sie sind extern angesiedelt und kommen nur durch direkte Anfrage bzw. Anforderung zum Zuge. Dabei beschränkt sich die psychosoziale Betreuung häufig auf den Sozialdienst. Auf Grund der Verkürzung der Verweildauer und beengten Ressourcen ist eine Veränderung der psychoonkologischen Arbeitsmethodik zukünftig unerlässlich. Zu nennen wäre hier die Durchführung regelmäßiger Informationsveranstaltungen um dem erhöhten Informationsbedarf gerecht werden zu können.

### **2.3. Psychosoziale Perspektive im onkologischen Bereich**

Werden Menschen mit schweren Erkrankungen, wie der Diagnose Krebs, konfrontiert, kann es zu beständigen Einschränkungen oder dem Verlust der Selbstständigkeit kommen. Aber auch die Angst vor dem Tod spielt dabei eine nicht zu unterschätzende Rolle. Dies bedeutet, für psychosoziale Unterstützungsleistungen, dass das Verständnis um einen ganzheitlichen Gesundheitsbegriff erweitert werden muss. Dabei werden Leistungen zur Wiederherstellung der Gesundheit um die sozialen und psychischen Umfang ergänzt (vgl. Gödecker- Geenen/ Nau/ Weis 2003, S. 129). Von großer Bedeutung scheint dabei zu sein, dass der onkologische Patient dabei als Macher seiner Lebensgeschichte und Schöpfer seiner Gesundheit gesehen wird. Es wird sich nicht vorrangig an den Defiziten und Risikofaktoren orientiert. Sondern Kompetenzen und Ressourcen stehen im Vordergrund.

Das Arbeits- oder Aufgabenspektrum der psychoonkologischen Betreuung umfasst aber nicht nur die der Erkrankten oder Angehörigen. Vielmehr wird das Spektrum um die Beratung des medizinischen Personal erweitert.

Die vielgestaltigen Aufgaben der psychoonkologischen Beratung sind:

- Information und Beratung des Patienten,
- Betreuung des Patienten im Hinblick auf Symptombehandlung sowie Verbesserung der Krankheitsbewältigung,
- Betreuung der Angehörigen,
- psychoonkologische Weiterbildung des medizinischen Personals
- Beratung des behandelnden Arztes und
- Supervision des medizinischen Personales (Härter/ Koch 2000, S. 130).

Bei der Betreuung onkologischer Patienten richtete man anfänglich nur das Augenmerk auf Gesprächstherapien. Jetzt nach zwanzigjähriger Erfahrung hat sich das Spektrum um kognitiv – behavioraler Therapien, gleichsam um Gruppentherapien und Entspannungstechniken vervollständigt. Dies ermöglicht nun, gezielt auf alle Problembereiche des onkologisch erkrankten Patienten eingehen zu können.

In den onkologischen Akutkliniken konzentriert sich die patientenbezogene Behandlung auf zwei große Aufgabenkreise:

- „symptomorientierte Behandlung (Angst, Depression, Übelkeit, Erbrechen, Schlafstörungen, etc.)“
- „Förderung und Verbesserung der Krankheitsbewältigung und Krankheitsverarbeitung“ (ebd. S. 130)

Diese zwei genannten Bereiche verfolgen somit eine supportive Begleitung der Erkrankten und stützen ihn bei der Krankheitsverarbeitung, dem Deuten der onkologischen Diagnose und verbessern die Behandlungcompliance.

Unter dem heutigen qualitätsorientierten Gesichtspunkt, sollte eine Standardisierung des psychosozialen Versorgungsangebotes Ziel sein. Hierzu ist ein gezieltes und verlässliches Erkennen und Erfassen von Patienten mit psychosozialen Risiko notwendig. Um die Belastungen der Erkrankten exakt eingrenzen zu können, erfolgt das Screening psychosozialer Risikopatienten mit standardisierten Instrumenten, welche auf bekannter Reliabilität und Validität basieren (vgl. Strittmatter 2004, S. 742). Eines der wichtigsten Screening-Instrumente hierfür ist der Hornheider Fragebogen. Die-



ser, von Strittmatter entwickelt, gibt Auskunft über emotionale Befindlichkeit und Unterstützungsbedürfnisse von Krebserkrankten.

Zur Förderung eines aktiven Bewältigungsstiles scheint eine sozialrechtliche Beratung das Mittel der ersten Wahl zu sein. Das heißt, ein schnelles Einschalten des Sozialdienstes ist Voraussetzung eines gangbaren Weges zur Auseinandersetzung mit der Erkrankung zu begünstigen. Unterstrichen wird diese These ebenfalls durch eine Studie von Gödecker-Geenen/ Nau/ Weis. Hier sagten 79% der befragten Patienten, sie erlebten aufgrund der Gesprächsführung mit dem Sozialdienst ihre Probleme nicht mehr so belastend und könnten mit bedrückenden Konstellationen besser umgehen. Einen aufbauenden Effekt für die psychosoziale Lage von onkologischen Patienten stellen z.B. Gespräche in Form einer psychosozialen Anamnese dar, welche sich auf Umstände und Probleme vor dem Klinikaufenthalt beziehen (vgl. ebd. 2003, S. 44/45).

Laut Strittmatter gehört zur Basisunterstützung ebenso die tägliche Teilnahme am Entspannungstraining in der Gruppe. Da körperliche Entspannung ein elementarer Teil der Krankheitsbewältigung darstellt.

Aufbauende Unterstützungsangebote in der psychosozialen Perspektive sind entlastende Interventionen. Unter ihnen versteht man zielgerichtete Interventionen, welche zeitnah in Belastungsbereichen, wie Tumorangst, Körperbild/ Selbstunsicherheit, körperliches Befinden etc., angeboten und durchgeführt werden.

Weiterhin zu nennen, ist die Krisenintervention . „Der Stellenwert der Krisenintervention hat in Zeiten verkürzter Verweildauern und begrenzter Ressourcen erheblich zugenommen (ebd. S. 743). Begründet ist dies auf dem Mangel an Gesprächsmöglichkeiten der onkologisch erkrankten Patienten mit Ärzten und Pflegenden. Hier rückt die ... die Klinischen Sozialarbeit ins Blickfeld. Sie kann die Bearbeitung und Veränderung von Abwehrprozessen unter einer guten therapeutischen Betreuung ermöglichen. Ebenso kommt ein systemzentrierter Ansatz zum Tragen. Dies bedeutet, dass das soziale Netz, Angehörige in Form von Partnern und Kindern, aber auch Freunde, der Patienten mit ins Blickfeld rücken. Klinische Sozi-

alarbeit sieht nicht nur den einzelnen Menschen, vielmehr ebenso das Beziehungsnetz um ihn herum. Das Augenmerk liegt darauf, was zwischen den unterschiedlichen Personen von statten geht. Partnerschaftliche und familiäre Ressourcen werden hierbei gefördert und unterstützt, da sie für den onkologischen Patienten das entscheidende Bezugssystem darstellen.

Spirituelle Angebote sind für onkologisch Patienten als Kraftquelle von Bedeutung. Vorschläge zu Seelsorgegesprächen, Gottesdiensten, Gruppengesprächen oder Krankensalbung fördern ein aktiv-kognitives Bewältigungsverhalten auf dem Hintergrund der existenziellen Bedrohung. Dies bedarf einer intensiven Kooperation der psychosozialen Helfer und Seelsorgern (vgl. Strittmatter 2004, S. 743).

Als Fazit lässt sich sagen, dass eine psychoonkologische Basisunterstützung einen wichtigen Beitrag für alle Karzinomkranken in Akutkliniken darstellt und zur Verfügung stehen sollte. Patienten, die stärker belastet sind, benötigen niederschwellige und zusätzliche Hilfsangebote. Dies gilt ebenso für deren Angehörige. Leider kann dies nicht flächendeckend angeboten werden. Krankenhäuser werden oft auf ein medizinisches Behandlungsangebot zurückgeworfen. Obwohl sie nicht nur eine medizinische sondern ebenso eine soziale Einrichtung darstellen.

Die Klinische Sozialarbeit kann hier einen positiven Beitrag zur Krankheitsbewältigung und psychosozialen Stabilisierung der Patienten leisten und dabei helfen, Krankheitsfolgen viel besser zu bewältigen. Es werden soziale und psychische Hintergründe berücksichtigt, Zusammenhänge zwischen Erkrankung und sozialer Situation erkannt, der psychosoziale Aspekt beachtet und das Selbsthilfepotential mit einbezogen.

Ein weiterer nicht zu unterschätzender Aspekt ist die Verhinderung von Chronifizierung von Erkrankungen als auch Komorbiditäten. Denn psychosoziale Bedingungen sind auf deren Entstehung zurückzuführen und dürfen darum nicht ignoriert werden.

Psychoonkologische Interventionen durch Klinische Sozialarbeit kann erfolgen in Form von:

- Psychologischer Einzelberatung
- Unterstützung bei persönlicher Krankheitsverarbeitung und Neuorientierung
- Unterstützung bei Konflikten innerhalb von Partnerschaft und Familie
- Unterstützung bei Schwierigkeiten aufgrund der sozialen und beruflichen Situation
- Vermittlung zu Selbsthilfegruppen
- Sterbebegleitung und Unterstützung im Trauerfall

Die psychoonkologische Beratung erfasst dabei, welche psychosoziale Situation den Menschen gerade zu dem Zeitpunkt umgibt, der mit der Diagnose Krebs konfrontiert wird. Auf welche eigenen Ressourcen er zugreifen kann, welche Fähigkeiten/ Fertigkeiten krankheitsbedingt nicht mobilisierbar sind und Hilfe bedürfen. Sie trägt dazu bei, dass Betroffene geeignete Unterstützungsangebote sowohl im professionellen als auch im Laiensystem (Selbsthilfe) bekannt und verfügbar sind.

### **3. Das Modell der Salutogenese und Krankheitsbewältigung**

Grundsätzlich sind sich die Wissenschaftler darüber einig, dass es weder vollkommene Gesundheit oder Krankheit gibt (vgl. Pauls 2004, S.84, zit. n. Sting/ Zurhorst). Lebenserfahrungen, in denen Menschen sich als ihr Leben Gestaltende konstruieren können, in denen sie sich in ihren Identitätsentwürfen als aktive Erzeuger ihrer Biografie begreifen können, sind wichtige Bedingungen der Gesunderhaltung. Dieser Grundgedanke ist in der Salutogenese enthalten.

Der israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky , Begründer des Salutogenese konzeptes, fragte sich, weshalb Menschen unter bestimmten Bedingungen gesund bleiben und andere unter diesen erkranken.

Aus Kritik an dem vor allem biomedizinischen Krankheits- und Präventionsverständnis gibt das Modell der Salutogenese der Frage warum Men-

schen gesund bleiben den Vorrang vor der Frage nach den Risikofaktoren und Ursachen von Krankheiten. Damit eröffnet Antonovsky eine neue Sichtweise.



(Quelle: Prof. Wedler)

Das Modell der Salutogenese geht von der Prämisse aus, dass Menschen ständig mit belastenden Lebenssituationen konfrontiert werden. Der Organismus reagiert auf Stressoren (Gefüge belastender Bedingungen, die auf eine Person einwirken) mit einem erhöhten Spannungszustand, der pathologische, neutrale oder gesunde Folgen haben kann. Innerhalb einer spezifischen soziokulturellen Welt gibt es eine Reihe von Widerstandsfaktoren, die als Potential gegeben sind. Diese hängen von dem kulturellen, materiellen und sozialen Entwicklungsniveau einer konkreten Gesellschaft ab. Zentralste Widerstandsquelle scheint die „Ich- Identität“, also eine emotionale Sicherheit in Bezug auf die eigene Person zu sein. Die Ressourcen einer Person schließen als zweckdienlichen Bereich seine zwischenmenschlichen Beziehungen ein, folglich die Chance, sich von anderen Menschen soziale Unterstützung zu holen, sich sozial zugehörig und verortet zu fühlen.

Antonovsky zeigt auf, dass alle mobilisierbaren Ressourcen in ihrer Dynamik letztlich von einer zentralen subjektiven Kompetenz abhängt:

Dem „Gefühl von Kohärenz“.

Kohärenz ist das Gefühl, dass es Zusammenhang und Sinn im Leben gibt, dass das Leben nicht einem unbeeinflussbaren Schicksal unterworfen ist.



(Quelle: kommunale-suchtpraevention.de)

Der Kohärenzsinn beschreibt eine geistige Haltung:

- Gefühl von Verstehbarkeit – Meine Welt ist verständlich, stimmig, geordnet; auch Probleme und Belastungen, die ich erlebe, kann ich in einem größeren Zusammenhang sehen
- Gefühl von Handhabbarkeit – Das Leben stellt mir Aufgaben, die ich lösen kann. Ich verfüge über Ressourcen, die ich zur Meisterung meines Lebens, meiner aktuellen Probleme mobilisieren kann
- Gefühl von Sinnhaftigkeit – Für meine Lebensführung ist jede Anstrengung sinnvoll. Es gibt Ziele und Projekte, für die es sich zu engagieren lohnt.

Als Kohärenzsinn wird ein positives Bild der eigenen Handlungsfähigkeit verstanden (vgl. Gutschmann/ Huttary 2008, S. 8).

Sie stellt somit eine Widerstandsressource für Tumorkranke dar. Dem Ereignis kann ein subjektiver Sinn zugewiesen werden. Eigene Bedürfnisse und Wünsche können mit lohnenswertem Engagement in Einklang kommen.

Denn das Kohärenzgefühl entscheidet, ob die maligne Erkrankung als bedrohlich und überflüssig angesehen wird oder als Herausforderung, welche sich der Patient stellen und meistern kann.

### **3.1. Psychosoziale Belastungen von Menschen mit der Diagnose Krebs**

Eine schwere Krankheit wird auch als Trauma bezeichnet, d.h. ein Ereignis, das die alltäglichen Bewältigungsroutinen außer Kraft setzt (vgl. Faller 1998, S. 14). Das „Ich“ muss hier temporär entlastet werden, um in den Stand versetzt zu werden, wieder realitätsbezogen handeln zu können. In diesem Zusammenhang kann das Verleugnen als Notfallsituation fungieren. Hierbei wird das „Ich“ vor der Überflutung mit nicht zu bewältigenden Emotionen geschützt. Verleugnen kann aber auch die Wiederbelebung innerer korrespondierender Ängste und Bedrohungen verhindern. Hier wird dem Individuum durch Abwehrmechanismen sozusagen der Rücken freigehalten. „Mit zunehmend erfolgreicher Verarbeitung der realen Situation kann das „Ich“ dann langfristig nach und nach Abwehrformen durch Coping-Verhalten ersetzen, ... (Faller 1998, S. 38). Folglich kann Abwehr (unbewusster Versuch zur Verringerung von Angst und anderen unlustvollen Gefühlen) kurzfristig und vorübergehend als Notfallreaktion sinnvoll sein und ermöglicht langfristig ein situationsangemessenes Coping (to cope, engl.: bewältigen).

Ein Großteil onkologischer Patienten ist mit schweren Belastungen und besonderen psychosozialen Bedürfnissen konfrontiert. Der Krebskranke ist gezwungen, sich mit der Tatsache, vorzeitig Sterben zu müssen, auseinanderzusetzen. Für ihn ist die natürliche Selbstverständlichkeit des Lebens in Frage gestellt. Allein die Krankenhausbehandlung erfordert Umstellung und Anpassung. Zusätzliche Belastungen entstehen ebenso durch körperliche Auswirkungen der Erkrankung. Zu nennen wären hier: Müdigkeit, Schwäche, Appetitlosigkeit als auch eingreifende Therapiemaßnahmen. Onkologische Patienten erleben sich in einem hohen Maße als abhängig von Ärzten, Therapieangeboten oder der Versorgung durch Andere. „Manchmal haben sie das Gefühl, ihr eigenes Leben nicht mehr selbst bestimmen zu können,... (Faller 1998, S. 25). Als Folge dessen, kann es zu ambivalenten Reaktionen seitens der Erkrankten kommen, einerseits Aufbegehren und Rebellion gegen „alles“. Andererseits kann

ein vertrauensvolles, sich in die Hände von Ärzten Begeben, hilfreich sein und entlasten.

Patienten können teilweise oder auf Dauer Vertrautes und Alltagsaktivitäten nicht mehr ausüben. Existenzielle Fragen kommen auf in Form der Möglichkeit einer weiteren Berufsausübung oder der Sorge um die Familie.

Das Ausmaß dieser psychosozialen Belastung als Folge der Tumorerkrankung ist von mehreren Variablen abhängig. Unter Anderem von der Behandlungsart, dem Stadium der Krebserkrankung und dem Ausmaß an Unterstützung durch Angehörige, Freunde und Bekannte. Ein weiterer wichtiger Faktor scheint die soziodemografische Variable (z.B. das Alter) zu sein.

Faller beschreibt, welchen psychosozialen Belastungen ein onkologischer Patient ausgesetzt ist:

#### *Todesdrohung:*

Am bedrohlichsten wird nach Faller die Todesdrohung eingeordnet. Sie steht an erster Stelle eines jeden Menschen. Trotz einträglicher Fortschritte in der Medizin und damit guter Heilungschancen, wird die Diagnose Krebs immer noch als Todesurteil aufgefasst. Die Auseinandersetzung mit dem Sterben, ist für ihn auf einmal psychische Realität, unabhängig davon, ob sein Tumor gut behandelbar ist. „Für ihn ist die Selbstverständlichkeit des Daseins radikal in Frage gestellt, für ihn ist die Naivität, mit der wir Gesunden davon ausgehen, dass unsere Todesstunde noch weit weg ist, verloren gegangen, vielleicht unwiederbringlich“ (ebd., S. 26). Man kann dies ebenso als Sturz aus der normalen Wirklichkeit bezeichnen, da auf einmal nichts mehr ist, wie es vorher war. Selbst für geheilte, langzeitüberlebende Patienten, ist es schwierig, endlich wieder banal zu sein, den Weg ins Leben zurückzufinden. Viele Jahre nach überstandener Krankheit leiden auch sie vielfach an körperliche und seelischen Beschwerden, zum Beispiel an belastenden Wiederholungsträumen, in denen sie passiv bedrohenden Begebenheiten ausgesetzt sind. Die traumatische Krankheits-situation taucht hierin wieder auf und deren Bewältigung muss immer wieder von neuem versucht werden.

Todesangst, als menschliche Grundangst, ist demnach besonders schwer zu bewältigen (vgl. Riemann 2010).

*Verletzung der körperlichen Unversehrtheit:*

Neben der Todesdrohung ist der onkologische Patient greifbaren körperlichen Beeinträchtigungen ausgesetzt. Das sichere Gefühl der körperlichen Integrität ist bei ihnen in Frage gestellt. Die Bedrohung genannter Integrität wird den Patienten durch körperliche Beschwerden, Schmerzen, Gewichtsverlust sowie Fatigue bewusst. Eingreifende Therapiemaßnahmen (Operation, Chemotherapie, Bestrahlung) vermindern das Gefühl der körperlichen Unversehrtheit zusätzlich oder stellen diese in Frage.

*Autonomieverlust:*

Ihr Leben nicht mehr selbst bestimmen zu können, in kürzester Zeit abhängig zu sein, fällt vielen Patienten schwer. Erfahrungsgemäß vor allem Männern.(vgl., Keller/ Birmele 2001, S. 32 ff.) Persönlichkeitsabhängig und entsprechend dem Bedürfnis nach Autonomie können es einige Kranke weniger ertragen sich im Krankenhaus oder bei alltägliche Dingen helfen zu lassen.

Pflegende haben hier oft das Gefühl, dass der Betreffende einesteils beständig etwas von ihnen fordert, aber anderenteils, es ihm nie recht machen können. Dieses Verhalten ist für Betreuende zuweilen schwer zu verstehen. Es führt zu einer Ambivalenz im Umgang mit dem Erkrankten. Pflegende wollen gerne helfen und wissen darum, es nicht wirklich zu können (vgl. Faller 1998, S. 27). Kann das widersprüchliche Verhalten des Patienten als Ausdruck seiner Unzufriedenheit über seine Situation definiert werden, fällt der Umgang der Mitarbeiter mit ihm oft leichter.

*Verlust von Aktivitäten:*

Des Öfteren müssen infolge der körperlichen Nachteile Aktivitäten in Beruf und Freizeit vorübergehend eingeschränkt oder nötigenfalls auf Dauer aufgegeben werden. Ganze Lebensentwürfe sind in Frage gestellt und sinnstiftende Ziele erfordern es, überdacht zu werden.

Hier lösen sich Verzicht und Trauer, über die erlittenen Verluste, als auch Protest, Hader und Erbitterung über das unrechte Unheil im Erleben der Patienten ab.



### *Soziale Isolierungsangst und Stigmatisierungsangst:*

Der Erkrankte fühlt sich mitunter in seinen Bedürfnissen nicht adäquat angenommen. Da Gesunde die Situation eines Todkranken selten nachvollziehen können, bemühen sich oft um Zuversicht, welche dem Kranken nicht adäquat erscheint. Das führt dazu, dass Patienten die Besorgnis haben, andere Menschen lassen sie allein, wenn sie ihnen gegenüber Ärger oder Verzweiflung äußern. Bei einigen Erkrankten kommt es daher zu Ängsten vor Stigmatisierung oder gemieden zu werden, wenn sie über ihre Probleme reden. Häufig geht dies mit ganz subtilen Formen der Distanzierung einher, wie unsicherer Kontakt, Befangenheit, Tabuisierung. Über einige Dinge wird nicht mehr gesprochen, feine Verzerrungen in der Kommunikation kommen zum Tragen, welche dem Patienten einen Eindruck der Isolierung erfahren lassen. Onkologische Patienten, denen man auf Grund der Therapie (Haarausfall, Tumore im Gesichtsbereich) ihre Erkrankung sofort ansieht, ziehen sich daher häufiger von ihrer Umgebung zurück und meiden Situationen, welche für sie oder andere peinlich werden könnten.

Welche Ebenen der psychosozialen Belastungen besonders ausgeprägt sind, können durch den „*Hornheider Fragebogen*“, von G. Strittmatter erfasst werden.

An Hand dieses Selbstbeurteilungsfragebogens werden durch Selbsteinschätzung des Patienten als auch expertendefinierter Schwellenwerte Tumorpatienten mit starker psychischer Belastung erkannt, von welchen vermutet wird, dass sie psychoonkologische Unterstützung benötigen. Dieses Wissen ist für die Klinische Sozialarbeit von besonderer Bedeutung, weil entsprechend individuell die Bedürfnisse des Onkologiepatienten berücksichtigt werden können.

### 3.2 Das Coping – Modell

Den größten Erklärungswert für die Krankheitsbewältigung onkologischer Patienten bietet das Copingmodell.

Der Begriff Coping stammt aus der Stressforschung und beinhaltet „das Bemühen, bestehende oder erwartete Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (emotional/ kognitiv) oder durch zielgerichtetes Handeln vorbeugend auszugleichen oder ihre Manifestation zu verarbeiten und zu meistern“ ( Ansen/ Gödecker-Geenen/ Nau 2004, zit. n. Heim/Meyer 1998). Bei Untersuchungen zu Stressauswirkungen in den sechziger Jahren stellte Seyle bereits fest, dass Folgen von Stress unter anderem davon abhängig waren, wie das Individuum dem Stressor begegnete und sich mit ihm auseinandersetzte (vgl. Pauls 2004, S. 96). Das besagt, Menschen sind Stresserlebnissen nicht passiv ausgeliefert, sondern können sie als Herausforderung annehmen und aktiv etwas dagegen tun.

Dies bedeutet folglich für die Krankheitsverarbeitung, sie ist definiert als „Gesamtheit der Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv (d.h. gedanklich) oder aktional (d.h. durch Handeln) aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern“ (Faller 1998, S. 36, zit. n. Muthny 1989).

Somit ist Krankheitsbewältigung der Versuch des Individuums aktiv die Situation als auch seelisch die Belastung der Erkrankung auszugleichen, beziehungsweise zu überwinden. Dies führt dazu, dass der Patient nach der expressiven Krise in ein Gleichgewicht zurückkommt. Bewusste, auf die Realität gerichtete Handlungen spielen dabei eine Rolle.

Eines der bekanntesten Modelle der Stressbewältigung ist das Modell des amerikanischen Stressforscher Richard S. Lazarus. Er betont in diesem die Situationsgebundenheit und Kontextabhängigkeit von Bewältigungsprozessen. Wenn die Anforderungen der Umwelt die Anpassungsfähigkeit eines Individuums übersteigt oder zumindest beansprucht, entsteht Stress. Dies basiert darauf, dass die Beschäftigung zwischen einer Person und der Belastungssituation (Personen-Umwelt-Transaktion), durch ein Kräftegleichgewicht zwischen den Anforderungen der Situation und

den Fähigkeiten der Person charakterisiert ist.

Der erkrankte Mensch muss zuerst seine Lage beurteilen. Einmal durch primäre Bewertung, d.h. eigenes Wohlbefinden positiv, irrelevant oder belastet. Wenn ja, im Ausdruck einer Schädigung, Bedrohung oder Herausforderung. Als auch durch sekundäre Bewertung, in welcher der Betroffene die ihm zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten beurteilt. Bewältigung ist fortwährend im Fluss, da das Individuum im Verlauf des Bewältigungsprozesses ständig eine Neubewertung vornimmt. Das Lazarus-Modell unterstreicht die Veränderlichkeit von Bewältigungsweisen. Aufgrund der möglichen Veränderungen von Personen-Umwelt-Transaktionen in diesem Modell. Der Erkrankte wird seine Situation kognitiv beurteilen und diese z.B. als Herausforderung an sich und sein Leben bewerten. Diese Neubewertung im Sinne von bewältigbar, lässt ihn aktional handeln und sich der Therapie stellen.

Große Bedeutung legt Lazarus auf die abstrakte Bewertung der Situation bzw. des Ereignisses durch die Person selbst. Da sie sich in einem unaufhörlichen Prozess von kognitiven Charakteristiken befindet. Zu kurz kommt hier die emotionale Seite, diese findet sich nur im Mittelpunkt des Abwehrkonzeptes. Unbewusst ablaufende Manöver, welche den Sinn haben, allzu bedrückende Affekte abzuschwächen sichern die Funktionsfähigkeit des „Ich“. Derartige Prozesse charakterisiert man als Abwehrvorgänge.

Den Gegensatz zu Coping stellt damit Abwehr oder „Defending“ und Fragmentierung dar. Bei der Abwehr kann man eigentlich gar nicht von wirklicher Auseinandersetzung sprechen, weil das Problem verdrängt wird. Deshalb löst Abwehr nicht das Problem. Es kann aber durchaus in bestimmten Lebenssituationen seine Funktion haben, falls man z.B. definitiv nicht die psychische Energie aufbringt, sich mit einem Problem auseinanderzusetzen, um daran nicht zu scheitern. Diese Strategie läuft oft automatisch und unbewusst ab und hat den Zweck, Distanz und Zeit zu gewinnen. Für andere Erkrankte kann es erst einmal notwendig sein, die eigene Situation in einem rosigen Licht zu sehen um die bedrohliche Wahr-

nehmung abzuwehren. Oft ist es zu einem späteren Zeitpunkt, nach einem seelischen Reifungsprozess besser gegeben, mit der Situation umzugehen. Erst dann kann sich mit der Diagnose auseinandergesetzt und die Wahrnehmungsabwehr gelockert werden. Der Betroffene schließt mit sich und der Umwelt Kompromisse. Ihm wird somit ein (Weiter)-Funktionieren möglich. Beschriebene Abwehrmechanismen werden somit verstärkend durch Bewältigungsstrategien ersetzt.

Abwehr als Begriff stammt aus der Psychoanalyse. Unter ihr verstehen wir den unbewussten Versuch der Verringerungen von Angst und anderen Gefühlen, die das Selbstwertgefühl vermindern oder sogar in der Tiefe verletzen (der „narzisstischen Wunde“). Aus heutiger psychoanalytischer Wahrnehmung erkennt man Abwehr als normales Regulationssystem zur Aufrechterhaltung der seelischen Gesundheit. Sie ist allgegenwärtig und innerhalb gewisser Grenzen unerlässlich. „Gerade bei körperlich Kranken stellen Abwehrformen eine durchaus „normale“ Form des Umgangs mit der Erkrankung dar (ebd., S. 37, zit. n. Gaus u. Köhler 1990).

Eine der häufigsten beschriebenen Abwehrmechanismen bei lebensbedrohlich Erkrankten stellt die Verleugnung, das unbewusste Nicht-wahrhaben-Wollen der Krankheit und ihrer Folgen, dar.

Zu intensiv ausgeprägte oder langanhaltende Abwehr- und Verleugungsvorgänge erschweren eine dem Verhältnis entsprechende Verarbeitung. Dies kann soweit führen, dass sich der Erkrankte selbst schadet, seine Heilungschancen oder eine längere Überlebenszeit vermindert. Eine Beziehung zu einer Vertrauensperson, z.B. einem Klinischen Sozialarbeiter, kann dabei helfen, übermäßig starke oder zu starre Abwehrmechanismen aufzulockern. Ihm kommt die Aufgabe zu, schmerzliche Gefühle, welche der onkologische Patient selber augenblicklich nicht in voller Intensität und Klarheit erleben kann, vorübergehend mitzutragen. Die Gefühle werden dem Patienten widergespiegelt und behutsam „zurückgegeben“. Dem Patienten wird ermöglicht, sich in diesem geschützten Rahmen der Beziehung mit der Erkrankung und den emotionalen Belastungen auseinanderzusetzen.

### 3.3. Formen der Krankheitsbewältigung

An Krebs erkrankten Personen steht eine ganze Rüstkammer von Verarbeitungsformen zur Verfügung. Wurde bis zu den achtziger Jahren angenommen, dass die Strategie Verleugnung die einzige ist, kommen neben vielen anderen vor allem Optimismus, Ablenken und Haltung bewahren als häufige Umgangsformen mit der Diagnose Krebs zum Tragen (vgl. Falter 1998, S. 44f). Trotz schwerer emotionaler Faktoren scheinen Betroffene alles daran zu setzen ein bejahendes Selbstbild aufrechtzuerhalten.

Auch die Abwehrstrategie der Verleugnung wird differenzierter gesehen. Es lässt sich bei vielen Erkrankten einen Typus von zwei nebeneinander ablaufenden Denken (Zweigleisigkeit) feststellen. Sie wissen einerseits wie es um sie steht, andererseits verhalten sie sich als wären sie nie aufgeklärt worden. Dies dient ihnen bei der Aufrechterhaltung des inneren Gleichgewichtes dazu, der schrecklichen Wahrheit nicht immer gegenüber stehen zu müssen. Für die Bewältigung der Erkrankung ist das Vertrauen der Patienten in die Ärzte und der Mitarbeiter eine sehr wichtige Bewältigungsform. Es werden schwere Beeinträchtigungen des Befindens in Kauf genommen, da für den Patienten entscheidend ist, dass gegen die Krankheit etwas getan wird. „Für das seelische Erleben ist die Hoffnung, die die Behandlung vermittelt, entscheidend, nicht so sehr die körperliche Beeinträchtigung“ (ebd., S. 40).

In den Vordergrund rücken zwei Bewältigungsstrategien. Einmal die Mitarbeit bei der Behandlung (Compliance) und das Vertrauen in die Ärzte als zweiter wichtiger Faktor. Erst danach folgen alle weiteren Coping - strategien, sich selbst Mut machen, ablenkendes Anpacken, Zuwendung, gegen die Krankheit ankämpfen, sich abzulenken versuchen oder genau den ärztlichen Rat befolgen.

Psychosoziales Wohlbefinden ist stark abhängig von krankheits- bedingten Beschwerden, körperlichem Funktionszustand und den Alltagsaktivitäten.

#### **4. Die Geschlechtsspezifische Bedeutung für Krankheitsverarbeitung**

Aufgrund benannter unterschiedlichen Situationen, sind andersgeartete Reaktionen auf die Diagnose „Krebs“ zwischen den Geschlechtern beobachtbar (vgl., Schneider 1997). Aus diesem Grund wird an dieser Stelle genauer differenziert, welche Verhaltensmuster den genderspezifischen Coping zu Grunde liegen.

In den heutigen Gesellschaftsformen werden u.a. die Menschen nach Geschlecht, nach männlich und weiblich unterschieden. Diese Unterscheidung ist an bestimmte Merkmale gebunden. Die Kultur legt fest, was es ausdrückt, männlich oder weiblich zu sein. Das bedeutet, bereits Kinder werden von anderen als Junge oder Mädchen behandelt und machen dadurch geschlechtsspezifische Erfahrungen. Mit der Geschlechtszugehörigkeit werden eine Fülle von geschlechterbezogenen Vorstellungen und Verhaltensregeln, z. B. Kleidung, Aufgaben in Beruf und Familie, verbunden. Wie ein jeder sich erlebt, wie mit dem einzelnen umgegangen wird, ist somit integrale Thematik. Die Angehörigkeit zu einem Geschlecht geht weit über chromosomale und hormonelle Dynamiken hinaus.

Als Voraussetzung für die Entstehung einer Geschlechtskonformität bedarf es mehrerer verknüpfender Schlüsselquellen:

- „der Wahrnehmung und Beobachtung von Attributen der eigenen Person“
- „dem Vergleich von Attributen der eigenen Person mit den anderen Personen“
- „aus der sozialen Reaktion auf eigenes Verhalten“ (Oerter/ Montada 2002, S. 651, zit. n. Trautner/ Lohaus 1985)

Es handelt sich dabei um ein Imitations- oder Identifikationslernen der angemessenen Geschlechtsrolle.

Wurden in der Kindheit und Jugend verschiedene Verhaltenstendenzen, z. B. die Segregation der Geschlechter oder das Dominanzverhalten, erworben, müssen diese im Erwachsenenalter nun noch einmal bei der Ausbildung der Geschlechtsidentität korrigiert, angepasst werden.

Dabei spielen drei neue Bereiche in der Biografie eine wesentliche Rolle, u. a. das Eingehen einer stabilen partnerschaftlichen Gemeinsamkeit, das Ausüben einer Erwerbsrolle und das Ausüben elterlicher Aufträge (vgl. ebd., S.664, zit. n. Katz, Maccoby, Worell).

Hierbei spielt die jeweilige Kultur eine nicht zu unterschätzende Rolle. Sie unterstützt, dass Verhaltensweisen und mannigfaltige Eigenschaften typischerweise der Frau oder typischerweise dem Mann zugeordnet werden. Ist diese Zuordnung einmal erfolgt, wird sie in der Regel von dem Einzelnen ebenso übernommen, ist infolgedessen unverrückbar (vgl. Oerter/Montada 2002, S. 648 f). Somit ist es für viele Frauen und Männer ganz selbstverständlich, dass sie sich in Eigenheiten, Begabungen und Aufgaben unterscheiden. Die Geschlechterpolarität bestimmt den Zugang zu Tätigkeiten, deren Wertigkeit und Rechten.

Frauen sind in der puritanischen Denkweise ihres Agierens sozial und personenorientiert. Dabei beruhen Wechselbeziehung und Kontakt auf der Vernetzung von Denken und Beziehungsorientierung. Feminin wird oft mit Merkmalen verbunden, welche sich auf sozial-emotionale Konsultationen und Engagement richten. Weiblich wird gleichgesetzt mit Hilfsbereitschaft, Empathie, Sensibilität und Freundlichkeit. Dies wird ihnen zugeschrieben, weil es seit Jahrtausenden so kulturell von Generation zu Generation überliefert wird.

Frauen werden nicht nur in der diesbezüglichen Literatur als schwaches Geschlecht dargestellt, deren klassischer Part im privaten Rahmen zu sehen ist. Das Idealbild der Frau wird von Männern immer noch in der traditionellen Rolle der mütterlichen Familienfrau gesehen, also als Hausfrau und Mutter.

Alleine die Tatsache, dass Frauen gebären, lässt ihnen die Hauptverantwortung für die Betreuung der Kinder zukommen.

Frauen erfahren auf Grund ihrer höheren pekuniären Einengung, der stärkeren Belastung durch Kinder und Haushalt starke Konflikte. Sind sie dazu noch berufstätig, erfahren sie wiederholt eine Doppelbelastung durch Fa-

milie und Beruf. Mit dieser Belastung sind sie auf sich allein gestellt. Obschon sich in den letzten Jahren hinsichtlich der Frauenrolle ein sozialer Wandel vollzieht. Frauen mit höheren Bildungsgängen richten ihr Leben stärker nach dem Beruf aus. Sie heiraten später und gebären weniger Kinder. Frauen, welche durch Kindererziehung zu Hause blieben, drängen nach der Phase der Hausfrauentätigkeit wieder zurück in die Berufstätigkeit oder nehmen eine berufliche Ausbildung auf sich.

Frauen sind in ihrem Bewältigungsverhalten „innengerichtet“. Sie haben einen leichteren Zugang zu ihrem Selbst, können ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse eher wahrnehmen und ausdrücken. Es fällt ihnen einfacher ihre Situation zum Inhalt zu machen. Andererseits kann es zum Ignorieren eigener Anteile, der Abtrennung ihrer Einflusslosigkeit gegen sich selbst kommen und als Folge dessen zu Selbstkontrolle oder Gewalt gegen sich selbst führen (Bönisch/Funk 2002, S.52).

Das Selbstbild des Mannes stellt sich hingegen anders dar. Der Mann nimmt für sich in Anspruch, physisch und psychisch robuster, durchsetzungsfähiger und selbstbewusster zu sein. Logisches Denken liegt ihm quasi mehr als Frauen. Da er sich als stärker wähnt, möchte er den Beruf ausüben und in der Rolle des Familienernährers sein. Im kulturellen Kontext wird dies ihm so vermittelt und ebenso verlangt.

Männer erlernen bereits im Kindesalter ein „Ich“, welches durch Distanzierung, Dominanz, Aggression und Konkurrenz charakterisiert ist. Es zeichnen sich außerdem durch Personen- und Sachbezogenheit aus. Dies beinhaltet auch, dass ein begriffliches Ideal von Objektivität für männlich sein untermauert wird.

Beziehungsarbeit von Männern ist dem zu Folge eher in einem hierarchischen Denken zu sehen. Welches sich in einem Macht- und Dominanzstreben darstellt. Daher gehen Männer davon aus, dass Beziehungen im Erwachsenenalter einfach substituierbar sind.

Dem Mann werden als typische Eigenschaften aktiv, kalt oder hart zugeschrieben. Emotionalität, empathisches Verhalten oder weitere „weiche“ Eigenschaften finden keine Erwähnung.



Männer dagegen sind in ihrem Bewältigungsverhalten nach „außen-orientiert“ d.h. externalisiert. Dies führt dazu, dass sie rationalisieren, ihre Hilflosigkeit abspalten. Sie suchen im Umfeld Schwächere, auf die sie ihre Not übertragen können. Es ist ihnen nicht gegeben über sich und ihre Bedürftigkeit zu reden. Und wenn sie es tun, wird es oft übersehen oder entwertet (vgl. ebd. S. 51/52).

Da Frauen und Männer unterschiedliche Geschlechtsspezifiken und Rollenzuschreibungen aufzeigen, reagieren sie mit unterschiedlichen Bewältigungsmustern auf kritische Lebensereignisse oder -konstellationen. Ganz unverkennbar ist dabei, dass Frauen mit ihrer Hilfsbedürftigkeit anders umgehen als Männer.

Böhnisch und Funk schreiben, dazu: „Geschlechtstypische Bedürftigkeiten steuern das Bewältigungsverhalten von Frauen und Männern“ (ebd., S. 53).

Von Bedürftigkeit spricht man, wenn Männer und Frauen die Balance zwischen Innen und Außen, sozial oder kulturell versagt wird. Also, Männern die Öffnung zu ihren inneren Gefühlen nicht zugestanden wird. Und Frauen der selbstbestimmte Außenbezug nicht möglich wird (vgl. ebd, S. 53). Diese Innen- und Außengerichtetheit ist unterschiedlich tief in gesellschaftlichem Geschehen eingebettet und wirkt auf Frauen und Männern in dem selben Maße.

Sind Männer und Frauen durch kritische Lebensereignisse betroffen und von Hilflosigkeit bedroht, sind sie nicht unterschiedlich betroffen. Sie gehen mit der Betroffenheit allerdings unterschiedlich um.

Für die Soziale Arbeit ist es von Bedeutung, zu erkennen, dass die Bedürftigkeit in kritischen Lebenssituationen durch ein Bemühen nach Handlungsfähigkeit geführt wird. Der Zugang zum Klienten/ Patienten ist alleinig über die Beziehungsarbeit zu gewähren. Nur so kann Bewältigungsverhalten als solches unmissverständlich gedeutet und angemessen darauf reagiert werden. Aber auch soziale und kulturelle Rahmungen müssen betrachtet werden, welche genau diese geschlechtstypischen Bewältigungsmuster erwarten oder abverlangen.

Das männlich Bewältigungsverhalten der Abspaltung der Hilflosigkeit scheint auf den ersten Blick sozial prekärer zu sein. Es kann sozial destruktiv aufgrund von Gewalt gegen andere wirken.

Doch das weibliche Bewältigungsverhalten, mit der Selbstbezogenheit der Hilflosigkeit und der damit möglichen Autoaggression und Selbstzerstörung sind richtig zu beurteilen.

Durch die Klinische Sozialarbeit werden diese Bewältigungsmuster daher nicht vorschnell bewertet. Sondern psychosoziale Folgen erkannt bzw. ermittelt und entsprechend dem Auftrag bei deren Problemlösung Unterstützung geboten.

#### **4.1. Das Bewältigungsverhalten Frau**

Um in kritischen Lebenssituationen orientierungs- und handlungsfähig zu bleiben, reagieren Frauen oft nach „typisch“ weiblichen Bewältigungsmustern. Einerseits werden diese ihnen abverlangt von Kultur und Gesellschaft. Andererseits sind sie verinnerlicht. Frauen fühlen sich ursprünglich für die Beziehungsseite zuständig. Hier üben sie Einfluss aus, erleben aber auch die Erfahrung von Abhängigkeit und Scheitern. Dessen ungeachtet, „sehen sie sich dennoch dazu gedrängt, ein eigenes Einflussfeld der Sorge zu schaffen, das die Männer dann letztlich entlastet“ (Böhnisch/Funk, S. 126).

Konfliktsituationen verunsichern sie oft. Sie haben keine Erfahrung, welche Forderungen sie für sich selbst stellen dürfen. Ursache dafür ist der äußere soziale Erwartungs- und Zumutungskontext, wie das Bewältigungsverhalten von Frauen zu erfolgen hat. Da, wie bereits beschrieben, Frauen mehr in Beziehung erfassen, werden Problematiken und Fehler im Beziehungsumfeld gesehen. Dies führt ebenso dazu, dass sie sich gleichwohl Überlegungen zu Sachlagen anderer machen. Sie fühlen sich für das Wohl anderer verantwortlich - sammeln Lebensschwierigkeiten in einer Art Verschwiegenheit in sich an.

Gilligan beschreibt ein Bewältigungsprinzip des Carre, „der Anteilnahme und Fürsorglichkeit, des Gebens und Helfens, möglichst ohne dabei zu verletzen“ (ebd. S. 129).

Böhnisch und Funk stellen dieses feminine Urbild von Bewältigungsverhalten so dar: „Frauen tendieren dazu, das Problem erst nach innen zu nehmen und zu bearbeiten und es dann erst nach außen zu geben, anstatt einen Punkt zu setzen und die Grenzen gleich nach außen zu signalisieren.“ Mit der Folge: „sich damit um ihre Eigenständigkeit im offenen Konfliktaustausch anderen gegenüber“ zu bringen. ...“sie machen es von Anfang an zu ihrem Konflikt“ (ebd. S.127).

Das nach innengerichtete Bewältigungsverhalten der Frauen hat Einfluss auf den Umgang mit ihrer eigenen Aggressivität. Ihre Kontrolle verlieren sie oft erst, wenn gar nichts mehr geht. Aggressives Verhalten wird gegenüber Weiblichkeit aber nicht zugestanden, als pathologisch, anormal oder sozial sprengend bewertet.

Oft richten sie aber dieses aggressive Verhalten auch gegen sich selbst, üben Selbstdisziplin, kasteien sich oder entwickeln Symptome und Beschwerden, mit welchen sie sich nach außen wenden.

Für Frauen hat die Innenorientierung hingegen das Privileg, ihre Empfindungen leichter deuten und ausdrücken zu können. Als auch die inneren Stimmungen von anderen besser aufzunehmen und darauf zu reagieren. „Mädchen und Frauen werden Schwäche, Trauer und das Bedürfnis nach Geborgenheit eher zugestanden ..., werden aber nicht zu den Stärken von Mädchen und Frauen gerechnet, die man fördern soll,...“ (ebd. S.129).

Zusammenfassend kann man formulieren: Für Frauen bleibt die Ambivalenz der Innengerichtetheit, sie können oder wollen sich mit ihren persönlichen Ergriffenheit nicht äußern, empfinden es als gegeben, alles in sich rein zu fressen und ihre Lebensdilemmas für sich zu behalten bzw. behalten zu müssen (vgl. Böhnisch/ Funk 2002, S. 132).

Für die Sozialarbeit hat dies zur Folge mit der „Symptomatik der Verschwiegenheit“ umgehen zu müssen und eine Sicht für die Verhaltensweisen und das Auftreten von Frauen zu entwickeln.

In unserer heutigen Gesellschaft, wird dem einzelnen gerne vermittelt, dass er allein durch richtige Lebensführung oder positive Sichtweise Gesundheit erhalten oder wiederherstellen kann. Der einzelnen Person wird die Verantwortung für Gesundheit Wohlbefinden oder gute Verfassung delegiert. Frauen sind hier willkommene Empfängerinnen für die Bandbreite von prophylaktischem und kurierendem Repertoire. Oft sind diese aber aus finanziellen Gründen nur besser Verdienenden zugänglich. Hier birgt sich für die Konsumentinnen dieser Ratgeber indes die Gefahr, sich Schuld und Versagen zuzuschreiben, wenn es zu geringsten Abweichungen kommt oder gar Gesundheit nicht mehr gegeben ist.

Ein Beispiel hierfür sind Patientinnen, welche an Mammakarzinom erkrankt sind. Diese grübeln, ob sie Trauer nicht verarbeitet haben, hormonelle Eingriffe (Empfängnisverhütung) unterschätzt oder nicht lange genug stillten.

Schuldzuweisungen können ebenso durch Helfer oder Pflegende auf Grund dieser Tendenz entstehen (vgl. Gruber/ Fröschl, S.153f).

Im familialen Kontext sind Frauen klassisch für die Gesundheit und deren Erhaltung zuständig. Ihnen obliegt es, sich zu Symptomen, Verläufen und Therapien zu belesen, Informationen darüber einzuholen. Sie sind sozusagen Managerinnen in Sachen Gesundheit, auch auf Gebieten wie Ernährung, Bewegung oder Sonnenschutz. Durch das Schaffen eines persönlichen sozialen Netzwerkes, finden sie Stütze und Halt, auch im Falle von Krankheit (vgl. Apotheken Umschau 10, S. 35 f).

In der jüngsten Literatur wird davon gesprochen, dass soziale Unterstützung einen Schutzfaktor vor Erkrankung darstellt. „Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung (social support) gelten als Schlüsselkonzepte für die Aufrechterhaltung oder das Wiedererlangen von Gesundheit (Gruber/Fröschl 2001, S. 16, zit. n. Franz 1988, Schwarz/ Lippin1990).

Sonntag und Blättner sprechen dabei von vier wichtigen Dimensionen, welche tragend sind und ebenso eine Basis für Klinische Sozialarbeit im onkologischen Bereich darstellen:

- emotionale Unterstützung (z.B. Zuwendung, Aufmerksamkeit, Vertrauen)

- Wertschätzung (z.B. durch Kollegen, Partnern und Helfersysteme)
- Informationen (z.B. zu konkreten belastenden Konstellationen, Sorgen und zur Erklärung oder Lösung)
- instrumentelle Unterstützung (finanzielle oder materielle Unterstützung) (vgl. ebd. 1998, S. 162).

Erkranken Frauen onkologisch, reagieren sie auch frauentypisch mit emotionaler Auseinandersetzung und der Suche nach sozialer Unterstützung. Hilfreich scheint hier, wie oben bereits beschrieben, das bereits im Vorfeld gewachsene soziale Netz.

Für maligne erkrankte Patientinnen stellen Angststörungen und Belastungsstörungen den größten Risikofaktor bei der Krankheitsbewältigung dar. Die Ursachen dafür liegen in positiven Traumaanamnesen und bei Frauen mit Kindern unter 18 Jahren. Dementgegen stellen Kinder unter 18 Jahren bei Frauen einen Schutzfaktor für Abhängigkeitserkrankungen dar. (vgl. Ernst/ Krauß 2007, S. 277).

Strittmatter sagt aus, dass bei Frauen die Tumorangst ausgeprägter ist, als bei Männern (vgl. S. 736). Im Gegensatz dazu steht die Ausführung von Ernst und Lehmann, welche in ihrer Studie von 2009 feststellten, dass die Tumorangst bei Männern und Frauen gleich stark ausgeprägt ist (ebd., S. 1658).

Eindeutigere Aussagen gibt es zu Angst und Depressivität als Komorbiditäten bei onkologischen Erkrankungen. Frauen sind hier deutlich stärker betroffen und reagieren ebenso deutlicher mit emotionalem Erleben (vgl. Keller/ Birmele, S. 32).

Darin könnte begründet sein, dass Frauen häufiger das Bedürfnis nach psychologischer Hilfe äußern. Sie wünschen mehr Unterstützung durch Psychologen oder Sozialarbeiter.

Frauen, welche ein geringes soziales Netzwerk aufweisen können oder in keiner Partnerschaft leben, äußerten ferner den Wunsch nach Ernährungsberatung oder Unterstützung durch die Pflege als praktische Bedürfnisse. Zudem weisen weibliche Patienten ein größeres Informationsbedürfnis auf.

Im günstigsten Falle handelt es sich hierbei um einen Klinischen Sozialarbeiter, damit eine wirkliche psycho- soziale Beratung mit behandelndem Kontext erfolgen kann. Frauen müssen im Gespräch ermutigt werden, Verantwortlichkeit abzugeben, sich nicht allzuständig zu fühlen. In der schwierigen Erkrankungsphase brauchen sie Unterstützung ihre eigenen Bedürfnisse und Konflikte zu nennen, nicht mit sich allein auszumachen. Sie sollen ihre Tumorängste verbalisieren dürfen. Aber auch genauso ihre eigenen zur Verfügung stehenden Ressourcen erkennen und lernen, damit zu haushalten. Es geht um einen gesunden Umgang mit der neuen Lebenslage, in der die onkologische Erkrankung zum Bestandteil wird.

#### **4.2. Das Bewältigungsmodell Mann**

Der „Raum“ des Mannes ist die Außenwelt. Sein Inneres, seine Gefühle stellen für ihn eine Gefahrenzone dar, da diese seine männliche Identität in Frage stellen könnten. Er redet nicht über sein Befinden oder Fühlen, um stets die Kontrolle zu behalten. Die Außenwelt nutzt er dazu, seine Innenwelt abzuklären. Man bezeichnet dies auch als Instrument der Externalisierung. Gefährlich wird dieses Bewältigungsverhalten dann, wenn Grenzen überschritten werden (vgl. Bönisch/ Funk, S. 115).

Viele nach außen gebrachte Reaktionen drücken Wünsche, Sehnsüchte oder anderweitige Bedürfnisse aus, welche nicht anders vermocht werden auszudrücken . Antisoziales Verhalten kann ebenso Bedürftigkeit signalisieren und sollte als dieses erkannt werden.

Für Männer ist es äußerst schwierig ihrer Hilflosigkeit zu handhaben. Weder können sie diese benennen, sich selbst dazu bekennen oder in Worte fassen. Sie haben nicht mal einen Bereich in dem sie ihre Hilflosigkeit formulieren oder gestalten können. Ihr angreifendes und zerstörendes Bewältigungsmuster wird für sie zum psychosozialen Problem. Nicht umsonst wird die innere Hilflosigkeit nach außen getragen und richtet sich in Form von Gewalttätigkeit gegen Schutzlosere.

Selbst die heutige Arbeitswelt gibt Männern nicht mehr den geschützten

Rahmen für ihre Männlichkeit. Globalisierung, soziale Mobilität, die Unsicherheit um den Arbeitsplatz stehen ihnen als Bedrohung ihre Rolle zu verlieren, gegenüber. Die Sicherheit und Selbstverständlichkeit, hier nach außen gehen zu können, wird ihnen genommen. Da sie nie gelernt haben, Familie und Beruf gleichsam zu werten, finden sie keine andere Art der Rollenübernahme für sich.

Männern fällt es auf Grund der Externalisierung deutlich schwerer Empathie und entsprechend Fürsorglichkeit zu zeigen. Alles um sie herum soll einfach ordnungsgemäß ablaufen. Damit sie für die Außenwelt ebenso als funktionierend gelten. Dieses Funktionieren- Müssen gilt für alle Lebensumstände und Wirkungskreise. Ausgeprägt und prekär ist dies in der Sexualität des Mannes. Sexuell funktionstüchtig zu sein wird grundsätzlich mit Männlichkeit verbunden.

Funktionieren bedeutet für Männer aber auch Kontrolle und Kontrolle behalten zu können. Dabei achten sie darauf, sich keinen Emotionen und Gefühlsbewegungen zu erlauben, um keinen Verlust dieser Kontrolle über sich selbst zu erfahren.

Eng mit dieser Kontrolle, ist das Rationalisieren verbunden. Es wird eine Sachlogik auf intellektueller oder hierarischer Ebene hergestellt, um keine Gefühle aufkommen zu lassen.

„Das Gefühle-zurückhalten- Müssen, der fehlende Selbstbezug und der Zwang, sich und andere unter Kontrolle zu haben, führt oft dazu, dass Männer eigenartig stumm sich selbst gegenüber sind. Mit dieser männlichen Eigenart, dem Prinzip der Stummheit, ...Über was soll man auch reden, wenn der Kontakt zu einem selbst fehlt?“ (ebd., S.121).

Prekär wird das männliche Bewältigungsverhalten dann, wenn kritische Lebensereignisse eintreffen. Es entstehen Stresszustände, da die Umgebung sich nicht mehr auf den Mann einstellt und die erworbenen Bewältigungsmuster nicht mehr greifen. Dieser benannte Stress kann rational nicht begriffen werden und stellt einen kritischen Zustand dar.

Kritische Lebensereignisse zu denen zweifellos onkologische Erkrankungen gehören, bringen Handlungsunfähigkeit mit sich. Dieser psychosozial

belastende Zustand kann nur schwer unterdrückt werden. Alles drängt darauf, durch Selbstwert, dem Sammeln von sozialer Anerkennung und einem Wirkungsgefühl als Basis, diese wieder herzustellen. Von großer Bedeutung scheint hierbei zu sein, wie der Mann in seinem bisherigen Lebensverlauf emotionale Zustände bearbeitete.

Nur eine geringe Anzahl von Männern interessiert sich intensiv für das Thema Gesundheit (Apotheken Umschau NR: 10/2010, S. 35). Erst, wenn Männer drastische befindliche Störungen oder Leistungsminderungen an sich wahrnehmen, setzten sie sich mit ihrem Körper und ihrer Gesundheit auseinander (vgl., Gruber/ Fröschl, S. 159). Körperliche und psychische Überlastungen, als auch Anzeichen sich entwickelnder Erkrankungen werden einfach missachtet.

Eher neigen Männer dazu, gesundheitliche Entkräftung, da ihnen Gedanken über ihre Gesundheit als unmännlich erscheinen, zu überspielen.

Gruber und Fröschl schreiben dazu: „Tatsächlich gibt es sehr wenige Erkenntnisse über die Selbstkonzepte von Männern hinsichtlich ihres Körpers und ihrer physischen und psychischen Gesundheit“ (ebd., S. 160).

Keller und Birmle haben sich besonders dem onkologischen Krankheitserleben von Männern angenommen. Sie sagen dazu aus: „Männer leiden anders“ (ebd., 2001, S. 32).

Der Umgang mit männlichen Patienten ist auf den ersten Blick unkomplizierter, da sie wie bereits geschrieben, auf einer sachlich-rationalen und rational-kognitiven Ebene ihre Erkrankung verarbeiten. Sie gelten als weniger anspruchsvoll und verlangend. Aber auch einfacher im Umgang mit ihren Gefühlsbewegungen und Stimmungen. Der gesamte Behandlungsverlauf gestaltet sich für alle daran beteiligten einfacher. Die Tumorthherapie, mit all ihren Begleitsymptomen wird besser ertragen. Angst oder depressive Anzeichen als Komorbidität findet man bei der männlichen Krankheitsbewältigung deutlich weniger. Daher könnte man schlussfolgern, dass Männer das günstigere Copingmodell besitzen, „da sie sich weniger mit den emotionalen Auswirkungen befassen, mit der Konsequenz geringerer psychischer Belastung und Vulnerabilität“ (ebd., S. 32).



Doch Allgemeingültigkeit hat dies nicht.

Männer leiden halt anders als Frauen, aber nicht mehr oder weniger. Sie können ihre körperlichen und psychischen Bedürfnisse weder für sich erkennen und noch weniger zum Ausdruck bringen. Ihre andere Art des Leidens, wehrt gleichzeitig ab, sie mit ihrem Durchleben, zu erkennen und zu sehen.

Für männliche Onkologiepatienten wird die Erkrankung als „umfassender Angriff auf ihre Identität, als unverzeihlich Schwäche und Versagen“ geschildert (ebd., S. 33, zit. n. Meerwein, 1991).

Damit ist nicht in erster Linie die Integrität des Körpers gemeint. Viel deutlicher geht es um die Integrität der ganzen Person, welche in Frage gestellt wird. Dort, wo sich Männer alleinig durch Stärke, Leistung und Kontrolle definieren „geraten Ich- Ideal und Krankheitsrealität in Konflikt“ (ebd., S. 33). Die hohe Bedeutung der sexuellen Funktionstüchtigkeit spiegelt sich hier für das Selbstwertgefühl eines Mannes erneut wieder.

Deshalb verwundert es nicht oder scheint sogar dringend notwendig, dass Männer, um psychisch überleben zu können, die Vorstellung von Stärke und Kontrolle, versuchen aufrecht zu erhalten.

Über Emotionen und psychisches Erdulden können sie nicht reden, es ist ihnen fatal und beschämt sie. Hier kommt wieder die Sprachlosigkeit der Männer zum Tragen. Reden Patienten doch und zeigen ihre Empfindungen, nehmen sie dies als Unvermögen an sich selber wahr.

Angst, Schmerz, Trauer werden häufig von Männern durch Ablehnung oder aggressiven Verhalten als Stellvertreterfunktionen auf Nebenschauplätzen ausgedrückt bzw. ausgetragen.

Den feinfühligsten Umgang benötigen Patienten mit klassischen männlichen Krebserkrankungen, wie z.B. dem Penis- oder Prostatakarzinom. Denn „Störungen oder der Verlust der Erektionsfähigkeit ist im Erleben des Patienten oft gleichbedeutend mit dem umfassenden Verlust seiner Potenz“ (ebd., S. 33). Hier ist das Selbstwertgefühl, die Ich-Integrität mit Schwäche, Peinlichkeit und „Nicht-Funktionieren“ besetzt.

Der Umgang mit ihrer Erkrankung ist für Männer ein individuelles Thema, es wird weniger nach außen getragen und verbleibt im privaten Rahmen.

Das Familiensystem und die Partnerin sind somit bei der Krankheitsbewältigung das nächste Bezugssystem.

Auf die Person bezogene verdeckte Aufhänger dienen somit als Bewältigungsstrategien von Männern und müssen in der Klinischen Sozialarbeit erkannt und als solche verstanden werden. Denn emotional-somatische Abläufe sind den Männern nicht bewusst oder zugänglich.

Wertschätzung und Anerkennung aller behandelnden Berufsgruppen, einschließlich der Klinischen Sozialarbeit, sind Zeugnis einer professionellen Haltung.

Die Klinische Sozialarbeit kann hier Männer ermutigen und unterstützen, ihre Hilflosigkeit auszusprechen, auch wenn diese von der Gesellschaft als „unmännlich“ gewertet wird. „Sie können erfahren, dass ausgesprochene Hilflosigkeit nicht den sozialen Tod, sondern soziale Lebendigkeit bringen kann“ (Bönisch/ Funk 2002 , S. 117).

Sozialarbeiter, welche Männer in kritischen Lebensereignissen antreffen, müssen sich auf ihr mehr oder weniger angepasstes soziales Verhalten einstellen. Um an die Innenwelt des Mannes zu gelangen, braucht „der betroffene Mann eine deutliche Resonanz und Entgegnung“ und „eine klare grenzsetzende Norm“ (ebd., S. 116). Das bedeutet, im sozialarbeiterischen Umgang mit Männern müssen klare Rahmungen festgelegt werden.

Im Krankenhaus- und Stationsalltag muss unbedingt darauf geachtet werden, dass auf Grund aller beschriebenen Geschlechtsbesonderheiten im Umgang mit ihrer malignen Erkrankung, die psychische Bedürftigkeit dennoch erkannt wird.

Denn, „es kommt nur selten vor, dass krebskranke Männer aus eigener Initiative nach psycho-onkologischer Unterstützung suchen“ (Keller/ Birmele 04/2001, S. 32).

„Sie nehmen weniger an psycho- edukativen Maßnahmen teil“ ... (DMW 2009, S. 1567 ff.)

Obwohl sie gleichermaßen an einer eindeutigen Tumorangst leiden.

Für onkologisch erkrankte Männer sind neben dem familialen System die wichtigsten gewünschten Begleiter die Ärzte und das Pflegepersonal (vgl. ebd., S. 1567 ff.)

#### **4.3. Exkurs – Partnerin als Unterstützer**

Meerwein schreibt zur familialen Situation von Onkologiepatienten: „Es gibt wohl kaum eine andere Krankheitsgruppe - ... - die derart ein ganzes Familiengefüge betreffen können, wie die malignen Erkrankungen. ... Inner- und außerfamiliäre Beziehungen erleiden durch sie eine starke Belastung, an die sich alle Familienangehörigen, nicht nur der Patient, adaptieren müssen (ebd., 1998, S. 121).

Männer sehen dabei ihre Erkrankung eher als Privatangelegenheit an. Belastende Empfindungen oder Bedürfnisse werden so wenig wie möglich nach außen, also über die Ehe oder Partnerschaft nicht hinaus oder an professionelle Helfer, wie Ärzte oder Pflegepersonal herangetragen. Deshalb konzentrieren sich ihr Unterstützungswünsche deutlicher auf ihre Partnerin (vgl. Ernst/Lehmann, S. 1568).

In diesem für sie schwierigen Kontext zum Umgang mit ihrer Erkrankung erfahren Männer, wie sehr sie sich auf die psychische Hilfe durch ihre Frauen verlassen können. Begründet ist dies oft auf der seit Jahren bestehenden Rollenverteilung einer Beziehung. So kommt es nicht selten vor, dass Patienten, welche im Klinikalltag als unauffällig gesehen, von ihren Ehefrauen als abweisend, mürrisch oder unerträglich geschildert werden. Zu diesem ambivalenten Verhalten führen „tiefgreifende krankheitsbedingte Veränderungen und schwer zu tolerierende Abhängigkeit, die das bisherige Beziehungsgefüge und bewährte Rollenfunktionen auf den Kopf stellen“ (Keller/ Birmele 2001, S. 34).

So kann die onkologische Diagnose mit sich bringen, dass nach jahrelanger Spannung in einem Familiensystem eine Entlastung eintritt. Es kommt zur Orientierung an der Erkrankung, in die durch die Krankheitsrolle ermöglichte Schonung. Soziale, zwischenmenschliche und psychische Desorientierung werden in den betroffenen Partnerschaftssystem überwunden.

Männer können sich die emotionalen Ressourcen ihrer Frauen nutzbar machen, auf diese vertrauen. Sie erfahren hier einen sekundären Krankheitsgewinn bei ihrer Partnerin. Mit dem Effekt dadurch weniger emotional beschwert oder gar überlastet zu sein. Hinter der sozialfunktionalen Ebene der onkologischen Erkrankung steht ihre emotionale Bedeutung.

Strittmatter beschreibt dies sehr kurz und eindringlich: „Männer fühlen sich von Frauen deutlich besser unterstützt als umgekehrt“ (ebd., S. 737).

Um Partnerinnen nicht zu überfordern, auch sie haben nur die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen, sollten durch die Klinische Sozialarbeit vor Klinikentlassung die familiären Gegebenheiten, bedeutende Angelegenheiten und Erschwernisse als auch die psycho-sozialen Ressourcen besprochen werden.

Nicht zu unterschätzen sind die nötigen Anpassungsleistungen der Partnerin. Denn der Ausfall der männlichen Funktion, die Trauer um den Verlust, die veränderten Bedürfnisse des Erkrankten verlangen dies. Der Klinischen Sozialarbeit stellen sich somit mannigfaltige Aufgaben. Wichtig ist hierbei eine freie und offene Kommunikation.

Hierbei können neue Werte und neue Formen im gegenseitigen Umgang und Beistand der Partner gesucht und gefunden werden.

Der Empathie der Partnerin und der Stärkung des Selbstgefühls des Mannes kommt eine große Bedeutung bei der Beratung zu (vgl. Meerwein 1998, S. 123).

## 5. Zusammenfassung

Je nach psychosozialer Situation leiden Tumorkpatienten unter psychischen Belastungen oder Komorbidität. Diese werden in der onkologischen Akutversorgung durch das behandelnde Team zu selten identifiziert und als behandlungsbedürftig erkannt.

Da es sich bei der Psychoonkologie noch um ein recht junges Teilgebiet der onkologischen Betreuung handelt, wird hier mit großer Wahrscheinlichkeit in den kommenden Jahren für die Betroffenen ein großer Qualitätssprung vollzogen werden.

Interdisziplinäres Zusammenarbeiten von Psychoonkologie und Klinischer Sozialarbeit lassen ihre Kompetenz, Vielfalt und Kombinierbarkeit von Handlungsansätzen zielgerichtet einsetzen. Den Betroffenen wird damit ein positives Beeinflussen des Heilungsprozesses ermöglicht. Ihre Autonomie als auch ihre Compliance gestärkt. Ergänzt wird dies mit einer salutogenetischen Ausrichtung und der Arbeit mit Ressourcen.

So unterschiedlich, wie man annehmen würde, sind die psycho-sozialen Unterstützungswünsche der Geschlechter in Bezug auf die Klinische Sozialarbeit gar nicht. Frauen bringen hier zwar ein größeres Bedürfnis zum Ausdruck. Sie sind es gewöhnt in sozialen Netzwerken zu agieren, diese zu aktivieren. Doch bedeutet das nicht, dass Männer diese nicht haben. Im sozialarbeiterischen Kontext scheint es eher wichtig, zu wissen, dass das Krankheitserleben von Männern anders ist, als bei Frauen. Männer können ihre Bedürfnisse nicht zum Ausdruck bringen. Sie laufen hiermit Gefahr in ihrer Bedürftigkeit übersehen zu werden. Ebenso darf ihr externalisiertes Verhalten der Krankheitsbewältigung als nicht sozial angepasst gesehen werden. Männer drücken hierüber ihren Hilfebedarf aus. Der Zugang muss alleinig über die Person als onkologisch Erkrankter erfolgen und nicht vordergründig über sein Verhalten.

Für die Praxis scheint es bedeutsam zu sein, bereits am Behandlungsbeginn tatsächliche Betreuungswnsche von onkologischen Patienten zu erfassen, als auch die sozialen und familialen Lagen der Betroffenen.



## 2. Hornheider Fragebogen

### Hornheider Screening-Instrument zur Ermittlung betreuungsbedürftiger Tumorkranken

#### Interviewfragen

1. Wie fühlten Sie sich körperlich in den letzten drei Tagen?	eher gut 0	mittel 1	eher schlecht 2
2. Wie fühlten Sie sich seelisch in den letzten drei Tagen?	eher gut 0	mittel 1	eher schlecht 2
3. Gibt es etwas, was Sie unabhängig von der jetzigen Krankheit stark belastet?	ja 2	nein 0	
4. Haben Sie jemanden, mit dem Sie über Ihre Sorgen und Ängste sprechen können?	ja 0	nein 2	
5. Ist jemand in Ihrer Familie durch den Krankenhausaufenthalt besonders belastet?	ja 2	nein 0	
6. Können Sie innerlich tagsüber zur Ruhe kommen?	ja 0	nein 2	
7. Wie gut fühlen Sie sich über Krankheit und Behandlung informiert?	eher gut 0	mittel 1	eher schlecht 2

Summe:	0	1	2	3	4	5	6	7
		8	9	10	11	12	13	14

#### Interviewer

Station:

Gespräch geführt am:

Name des Patienten:

Diagnose:

von:

#### Auswertung (durch Eingabe der Zahlenwerte in die Excel-Datei)

Patient(in) betreuungsbedürftig:

ja

nein

#### Interventionen

Datum

Intervention

Mitarbeiter/in

### 3. FBK-R23

Sie finden im folgenden eine Liste mit **Belastungssituationen**, wie sie in Ihrem Leben vorkommen könnten. Bitte entscheiden Sie für jede Situation, ob sie auf Sie zutrifft oder nicht. Wenn ja, kreuzen Sie an, wie stark Sie sich dadurch belastet fühlen (auf der fünfstufigen Skala von "kaum" bis "sehr stark"), wenn nein, machen Sie bitte ein Kreuz bei "trifft nicht zu".

FBK- R23	trifft nicht zu	trifft zu und belastet mich kaum ..... sehr stark
1. Ich fühle mich häufig schlapp und kraftlos. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Ich leide unter Wund- / Narbenschmerzen (Operation). _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Ich bin unsicherer im Umgang mit anderen Menschen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Ich leide unter ungeklärten körperlichen Beschwerden (z.B. Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen). _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Ich habe Angst vor einer Ausweitung / Fortschreiten der Erkrankung. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Andere Menschen reagieren mir gegenüber oft verständnislos / rücksichtslos. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Die Körperpflege fällt mir seit der Erkrankung schwer. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Ich habe Angst davor, Schmerzen bekommen zu können. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Ich habe den Eindruck, für andere Menschen weniger wertvoll zu sein. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Ich habe Angst davor, noch einmal in ein Krankenhaus zu müssen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Ich fühle mich körperlich unvollkommen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Ich kann meinen Hobbies (u.a. Sport) jetzt weniger nachgehen als vor der Erkrankung. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Ich leide häufiger unter Schlafstörungen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Ich habe Angst davor, nicht mehr arbeiten zu können. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Ich fühle mich nicht gut über meine Erkrankung / Behandlung informiert. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Ich bin oft angespannt bzw. nervös. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Seit der Erkrankung habe ich weniger sexuellen Verkehr. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Ich fühle mich nicht hinreichend über soziale / finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten informiert. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. Es ist schwierig, in meiner Familie offen über meine Situation zu sprechen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Ich unternehme seit der Erkrankung weniger als vorher (Kino, Restaurant, Freunde besuchen, u.s.w.). _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. Verschiedene Ärzte haben sich unterschiedlich über meine Erkrankung geäußert. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. Ich habe zu wenige Möglichkeiten, mit einem Fachmann/-frau über seelische Belastungen zu sprechen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. Es ist für meinen Partner schwierig, sich in meine Situation einzufühlen. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



FBK-R10	trifft nicht zu	trifft zu und scheint mir kaum ..... sehr stark
---------	-----------------	--

[illegible]

## 5. PO-Bado

Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado)	
Untersucher:	<i>des seelische Befinden</i>
Patient:	von Krebspatienten
Datum:	PsychoOnkologische Basisdokumentation
Gefördert durch die Deutsche Krebshilfe www.po-bado.med.tu-muenchen.de	
Soziodemographische und medizinische Angaben	
Alter:	.....
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Feste Partnerschaft:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Kinder:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Arbeitssituation:	<input type="checkbox"/> Berufstätig <input type="checkbox"/> Krank geschrieben <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Hausarbeit <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....
Tumor-Diagnose / Lokalisation	<input type="checkbox"/> Mamma <input type="checkbox"/> Hämatologische Erkrankungen (Leukämie etc.) <input type="checkbox"/> Gyn. Tumore <input type="checkbox"/> Haut (Melanome, Basaliome etc.) <input type="checkbox"/> Lunge/Bronchien <input type="checkbox"/> Weichteiltumore (Sarkome) <input type="checkbox"/> Prostata/Hoden <input type="checkbox"/> Urologische Tumore (Harnwege, Niere, Blase etc.) <input type="checkbox"/> Colon/Rektum <input type="checkbox"/> Magen, Ösophagus, Pankreas <input type="checkbox"/> HNO <input type="checkbox"/> Sonstige: .....
Metastasen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Datum der Erstdiagnose:	(Monat/Jahr) ..... / ..... <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Aktueller Krankheitsstatus:	<input type="checkbox"/> Erstkrankung <input type="checkbox"/> Zweittumor <input type="checkbox"/> Derzeit nicht zu beurteilen <input type="checkbox"/> Rezidiv <input type="checkbox"/> Remission
Behandlungen in den letzten zwei Monaten:	<input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> Sonstige: ..... <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Hormontherapie <input type="checkbox"/> Keine
Weitere relevante somatische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen): ..... <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Psychopharmaka / Opiate:	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen): ..... (z.B. Tranquillizer, Morphin) <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Psychologische / psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Aktueller Funktionsstatus: (WHO-ECOG-Skala 0-4)	<input type="checkbox"/> Normale Aktivität <input type="checkbox"/> Symptome vorhanden, Patient ist aber fast uneingeschränkt gehfähig <input type="checkbox"/> Zeitweise Betroffen, aber weniger als 50% der normalen Tageszeit <input type="checkbox"/> Patient muss mehr als 50% der normalen Tageszeit im Bett verbringen <input type="checkbox"/> Patient ist ständig bettlägerig
Gesprächsinitiative / Zugangsweg:	<input type="checkbox"/> Initiative des Patienten / hat Gesprächsbedarf signalisiert <input type="checkbox"/> Initiative ging von anderen Personen aus (Arzt, Pflegepersonal, Angehörige etc.) <input type="checkbox"/> Initiative des Raters (Aufnahme / Routinegespräch, Studie etc.)

© AG PO-Bado München 2003

## PO-Bado

Ihre Angaben sollen sich auf das **subjektive Erleben** des Patienten der **letzten drei Tage** beziehen.

1. Somatische Belastungen					
Der Patient / die Patientin leidet unter ...	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
... Erschöpfung / Müdigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Schmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... weiteren somatischen Belastungen (z.B. Übelkeit, Verlust von Körperhaaren, sexuellen Funktionsstörungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Psychische Belastungen					
Der Patient / die Patientin leidet unter ...	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
... Schlafstörungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Stimmungsschwankungen / Verunsicherung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kognitiven Einschränkungen (z.B. Konzentrations-/ Gedächtnisstörung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Hilflosigkeit / Ausgeleiertsein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Angst / Sorgen / Anspannung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Scham / Selbstunsicherheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... weiteren psychischen Belastungen (z.B. Wut, Ärger, Schuldgefühle).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Zusätzliche Belastungsfaktoren		
	Ja	Nein
Belastende Probleme im Familien- oder Freundeskreis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastende wirtschaftliche / berufliche Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere zusätzliche Belastungsfaktoren (z.B. Probleme mit Ärzten/Pflegenden, Probleme aufgrund drohender bzw. aktueller Pflege- / Hilfsbedürftigkeit).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das aktuelle emotionale Befinden ist durch krankheitsunabhängige Belastungen beeinflusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei dem Patienten besteht aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© AGO PO-Bado-März 2008

## 6. PO-Bado-Brustkrebs

### Psychoonkologische Basisdokumentation – Brustkrebs (PO-Bado-BK)

Untersucher:

der psychische Befinden  
von Krebspatienten

Patient:

PsychoOnkologische Basisdokumentation

Datum:

Gefördert durch die Deutsche Krebshilfe  
www.po-bado.med.fu-muenchen.de

Soziodemographische und medizinische Angaben	
Alter:	.....
Feste Partnerschaft:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Kinder:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Arbeitssituation:	<input type="checkbox"/> Berufstätig <input type="checkbox"/> Krank geschrieben <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Hausarbeit <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....
Lymphknotenbefall:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Operationsart:	<input type="checkbox"/> Brustkatheter <input type="checkbox"/> Mastektomie <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....
Brustaufbau:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Erfolg <input type="checkbox"/> Geplant <input type="checkbox"/> Entfällt
Lymphödem:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Menopause:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Datum der Erstdiagnose:	(Monat/Jahr) ..... / ..... <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Metastasen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Aktueller Krankheitsstatus:	<input type="checkbox"/> Erstkrankung <input type="checkbox"/> Zweitumor <input type="checkbox"/> Derzeit nicht zu beurteilen <input type="checkbox"/> Rezidiv <input type="checkbox"/> Remission
Behandlungen in den letzten zwei Monaten:	<input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> Sonstiges: ..... <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Hormontherapie <input type="checkbox"/> Keine
Weitere relevante somatische Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen): ..... <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Psychopharmaka / Opiate: (z.B. Tranquilizer, Morphin)	<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen): ..... <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Psychologische / psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Aktueller Funktionsstatus: (WHO-ECOG-Skala 0-4)	<input type="checkbox"/> Normale Aktivität: <input type="checkbox"/> Symptome vorhanden, Patient ist aber fast uneingeschränkt gehfähig <input type="checkbox"/> Zeitweises Bettruhe, aber weniger als 50% der normalen Tageszeit <input type="checkbox"/> Patient muss mehr als 50% der normalen Tageszeit im Bett verbringen <input type="checkbox"/> Patient ist ständig bettlägerig
Gesprächsinitiative / Zugangsweg:	<input type="checkbox"/> Initiative der Patientin / hat Gesprächsbedarf signalisiert <input type="checkbox"/> Initiative ging von anderen Personen aus (Arzt, Pflegepersonal, Angehörige etc.) <input type="checkbox"/> Initiative des Rates (Aufnahme-Routinegespräch, Studie etc.)

© AG PO-Bado-München 2007

## PO-Bado-BK

Ihre Angaben sollen sich auf das **subjektive Erleben** der Patientin in den **letzten drei Tagen** beziehen.

### 1. Somatische Belastungen

Die Patientin leidet unter ...	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
... Erschöpfung / Müdigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Schmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Bewegungseinschränkung im Schulter-/ Armbereich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Hitzewallungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... weiteren somatischen Belastungen (z.B. Übelkeit, sexuelle Funktionsstörungen, Eingriffsstörungen der betroffenen Brust).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. Psychische Belastungen

Die Patientin leidet unter ...	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
... Schlafstörungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Stimmungsschwankungen / Verunsicherung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kognitiven Einschränkungen (z.B. Konzentrations-/ Gedächtnisstörung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Hilflosigkeit / Ausgeleiertsein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Angst / Sorgen / Anspannung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Scham / Selbstunsicherheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Veränderungen ihres Körpers / Körperbildes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gestörtem Lustempfinden (Sexualität).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... weiteren psychischen Belastungen (z.B. Wut, Ärger, Schuldgefühle).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Zusätzliche Belastungsfaktoren

	Ja	Nein
Belastende Probleme im Familien- oder Freundeskreis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastende wirtschaftliche / berufliche Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere zusätzliche Belastungsfaktoren (z.B. Probleme mit Ärzten/Pflegenden, Probleme aufgrund drohender bzw. aktueller Pflege- / Hilfsbedürftigkeit).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das aktuelle emotionale Befinden ist durch krankheitsunabhängige Belastungen beeinflusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Patientin besteht aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© AG PO-Bado München 2007

## 7. PO-Bado-Kurzform

### Psychoonkologische Basisdokumentation - Kurzform (PO-Bado-KF)

Untersucher:

das zeitliche Befinden  
von Krebspatienten

Patient:

PsychoOnkologische Basisdokumentation

Datum:

Gefördert durch die Deutsche Krebshilfe  
www.po-bado.med.tu-muenchen.de

#### Soziodemographische und medizinische Angaben

Alter:		.....
Geschlecht:		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Feste Partnerschaft:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Kinder:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Arbeitssituation:		<input type="checkbox"/> Berufstätig <input type="checkbox"/> Krank geschrieben <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Hausarbeit <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....
Tumor-Diagnose / Lokalisation		<input type="checkbox"/> Mamma <input type="checkbox"/> Hämatologische Erkrankungen (Leukämie etc.) <input type="checkbox"/> Gyn. Tumore <input type="checkbox"/> Haut (Melanome, Basaliome etc.) <input type="checkbox"/> Lungen/Einzeln <input type="checkbox"/> Weichteiltumore (Sarcome) <input type="checkbox"/> Prostata/Hoden <input type="checkbox"/> Urologische Tumore (Harnwege, Niere, Blase etc.) <input type="checkbox"/> Colon/Rektum <input type="checkbox"/> Magen, Ösophagus, Pankreas <input type="checkbox"/> HNO <input type="checkbox"/> Sonstige: .....
Metastasen:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Datum der Erstdiagnose:		(Monat/Jahr) ..... / ..... <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Aktueller Krankheitsstatus:		<input type="checkbox"/> Erstkrankung <input type="checkbox"/> Zweittumor <input type="checkbox"/> Derzeit nicht zu beurteilen <input type="checkbox"/> Rezidiv <input type="checkbox"/> Remission
Behandlungen in den letzten zwei Monaten:		<input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> Sonstige: ..... <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Hormontherapie <input type="checkbox"/> Keine
Weitere relevante somatische Erkrankungen:		<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen): ..... <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Psychopharmaka / Opioide: (z.B. Tranquillizer, Morphin)		<input type="checkbox"/> Ja (bitte benennen): ..... <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Psychologische / psychiatrische Behandlung in der Vergangenheit:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Aktueller Funktionsstatus: (WHO-ECOG-Skala 0-4)		<input type="checkbox"/> „Normale Aktivität“ <input type="checkbox"/> „Symptome vorhanden, Patient ist aber fast uneingeschränkt gefähig“ <input type="checkbox"/> „Zeilweise Bettruhe, aber weniger als 50% der normalen Tageszeit“ <input type="checkbox"/> „Patient muss mehr als 50% der normalen Tageszeit im Bett verbringen“ <input type="checkbox"/> „Patient ist ständig bettlägerig“
Gesprächsinitiative / Zugangsweg:		<input type="checkbox"/> Routinedokumentation (Aufnahme- / Kontrollgespräch) <input type="checkbox"/> Vorausgewählter Patient (Zuweisung durch Behandler, Angehörige oder Patient selbst) <input type="checkbox"/> Wissenschaftliche Zwecke (Studie etc.)

© AO PO-Bado-München 2006

Ihre Angaben sollen sich auf das **subjektive Erleben** des Patienten in den **letzten drei Tagen** beziehen.

Psychosoziale Belastungen					
Der Patient / die Patientin leidet unter ...	nicht	wenig	mäßig- mäßig	ziemlich	sehr
... Erschöpfung / Müdigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Stimmungsschwankungen / Verunsicherung / Hilflosigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Angst / Sorgen / Anspannung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Trauer / Niedergeschlagenheit / Depressivität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... weiteren Problemen, z.B. im sozialen / familiären Bereich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

Indikation	
	Ja    Nein
Bei dem Patienten besteht aktuell eine Indikation für professionelle psychosoziale Unterstützung.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

© AG PO-Bado München 2005

## **Literaturverzeichnis:**

- Anson, H., Gödecker- Geenen, N., Nau, H. (2004): Soziale Arbeit im Krankenhaus. München: Reinhard
- Bappert, L. (1979): Der Knoten. Das Vertrauen und Verantwortung im Arzt-Patientenverhältnis am Beispiel Brustkrebs. Reinbek: Rohwohlt.
- Binz, B., Reinmann, A. (2004): Sozialarbeit im Krankenhaus. Aufgaben, Methoden, Ziele. Bern, Stuttgart/Wien: Haupt
- Bönisch, L., Funk, H. (2002): Soziale Arbeit und Geschlecht Theoretische und praktische Orientierungen. Weinheim und München: Juventa
- Brück, B., Kahlert, H., Krüll, M. (Hg.)(1997):Feministische Soziologie. Eine Einführung. Frankfurt /Main: Grin
- Faller, H. (1998): Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. Band 5. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie
- Gödecker- Geenen, N., Nau, H., Weis, I. (Hg.)(2003): Der Patient im Krankenhaus und sein Bedarf an psychosoziale Beratung. Eine empirische Bestandsaufnahme. Münster/Hamburg, London: Lit
- Grube, C., Fröschl, E., (Hg.) (2001): Genderaspekte in der Sozialen Arbeit. Wien: Czernin
- Härter, M., Koch, U. (Hg.)(2000): Psychosoziale Dienste im Krankenhaus. Göttingen/Bern/Toronto: Hogrefe
- Meerwein, F. (1998): Einführung in die Psychoonkologie. Bern/ Göttingen/Toronto: Huber
- Oerter, R., Montada, L.(Hg.)(2002): Entwicklungspsychologie. 5. Auflage. Weinheim/Basel/ Berlin: Beltz
- Pauls, H. (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-soziale Behandlung. Weinheim/München: Juventa



Weis, J., Koch, U. (Hg.)(1998): Betreuungsbedarf, Versorgungsstrukturen und Inanspruchnahmeprozesse. In: Koch, U. (Hg.)  
Krankheitsbewältigung bei Krebs. Stuttgart/New/York: Schattauer

Sting, S., Zurhorst, G. (Hg.) (2000): Gesundheit und Soziale Arbeit.  
Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim und München: Juventa

Birmele, M., Keller, M. (2001): Krankheitserleben und Verhalten von  
Männern mit Krebserkrankung. In: Forum DKG, S. 32-34

Braun, A., Rabe, C. (2002): Zusammenhang von Remissionsstatus und  
psychosozialen Bedürfnissen sowie sozialer Unterstützung bei  
stationären Tumorpatienten eine erste Erprobung des Psychosocial  
Needs Assessment Survey. In: Med. Psychologie 1. Nr.: 11, S. 35-43

Ernst, J., Krauß, O., Kuchenbecker, D. (2007): Prädiktoren Psychischer  
Störungen bei Tumorpatienten: Empirische Befunde.  
In: Psychosom Med Psychologie. Nr.: 57. S. 273 -280

Gunschmann, G., Huttary, D. (2008): Psychosoziale Kompetenz für Klinik-  
und Praxismitarbeiter in der Onkologie. Modul 2.  
Stressfreie Kommunikation in der Onkologie. Arbeitsblätter

Kandler-Schmidt, B.: (2010): Vorsorge - Reine Frauensache?  
In: Apotheken Umschau. Nr.: 10/2010. S. 34-39

Strittmatter, G. (2004): Psychosoziale Betreuung von Patienten mit  
Hauttumoren In: Zeiten der Diagnosis Related Groups. Hautarzt.  
Nr.: 55. S. 735-745

Weis, J., Blettner, G., Schwarz, R. (2000): Psychoonkologische  
Versorgung in Deutschland: Qualität und Quantität.  
In: Psychosom Med Psychother. Nr.: 46, S. 4-17

## Internetquellen:

Herschbach, P. ,Weis, J. (Hg.)(2008): Testinstrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten. Eine Empfehlung der PSO für die psychoonkologische Behandlungspraxis.

Hornheider Fragebogen. Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

[http://www.krebsgesellschaft.de/download/psb\\_broschuere.pdf](http://www.krebsgesellschaft.de/download/psb_broschuere.pdf)

verfügbar am 20.11.2010

Mühlhum, A. (2010): Sektion Klinische Sozialarbeit. Inhalt.

<http://www.dgsainfo.de/sektion/klinische-sozialarbeit/inhalt.html>

verfügbar am 22.11.2010

Riemann, F. (2010): Grundformen der Angst. München: Ernst Reinhardt

<http://www.arbeitsplaetter.stangl-taller.at/EMOTION/Riemann.shtml>

verfügbar am 28.12.2010

Weis, J. (2010): PSO. Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie.

Was ist Psychoonkologie?

<http://www.pso-ag.de/wir.htm>

verfügbar am 27.11.2010

Bildnachweis:

Kohärenz

<http://www.google.de/imgres?imgurl=http://kommunale-suchtpraevent>

Salutogenese

[https://download.hs-](https://download.hs-mittweida.de/intranet/lehre/Sw/Wedler/) mittweida.de/intranet/lehre/Sw/Wedler/

BiopsychosozialeGrundlagen/bio-psycho-soz.Grundlagen.pdf

## **Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig angefertigt habe.

Es wurden nur die in der Arbeit ausdrücklich benannten Quellen und Hilfsmittel benutzt.

Wörtliche oder sinngemäß übernommenes Gedankengut habe ich als solches kenntlich gemacht.

Wermsdorf, 21.01.2010